



THE MARKETING SCHOOL

TURISMO MÉDICO: UMA OPORTUNIDADE PARA O NORTE DE PORTUGAL

Dissertação de Mestrado de Gestão de Marketing

Fernando Romero Antelo

Orientador: Professora Doutora Rosa Conde

ESCOLA SUPERIOR DE PORTO, JULHO, 2013

1. RESUMO

Segundo a Organização Mundial do Turismo um número crescente de destinos turísticos, investiram no desenvolvimento do turismo, transformando o turismo moderno no fator chave do progresso socioeconómico, através do retorno de receitas de divisas, da criação de emprego e empresas e desenvolvimento das infra-estruturas. Contudo, turismo médico é fenómeno pouco conhecido e ainda não suficientemente estudado. O turismo médico decerto se irá desenvolver considerando o crescimento da taxa de envelhecimento da população, dos progressos tecnológicos e cirúrgicos. O efeito da globalização em muitos países, apresenta-se sob o fantasma do défice da Segurança Social e a reorganização dos sistemas de saúde públicos e privados. O desafio que Portugal enfrenta, será a criação de condições adequadas para promover através do *Marketing Mix* e esforço promocional eficientes.

Apresentamos assim um estudo exploratório tendo usado o método qualitativo de pesquisa. Através da técnica de entrevista em profundidade a Administradores Hospitalares do Norte do país, relatamos os resultados da análise efectuada,

Abstract

According with UNWTO over time, an ever increasing number of destinations have opened up and invested in tourism development, turning modern tourism into a key driver of socio-economic progress through export revenues, the creation of jobs and enterprises, and Infrastructure development.

Nevertheless, MT is still a badly known and not sufficiently studied phenomenon. The MT is appealed to develop considering the growing life expectation and the technological and medical surgical progress. The globalization effects come within the framework of Social Security deficits and of reorganization of the public and private health systems in many countries. The challenge for Portugal will be create the right conditions to promote it with the right marketing mix and promotion efforts.

We conducted a prospective study using qualitative research method. Using the in-depth interviewing technic we present the results of the analyses of hospital administrators in the north of Portugal.

2. PALAVRAS CHAVE

Tourism;

Health Tourism;

Medical Tourism;

Turismo;

Turismo de Saúde;

Turismo Médico

3. ÍNDICE GERAL

1.	RESUMO	2
2.	PALAVRAS CHAVE	3
3.	ÍNDICE GERAL.....	4
4.	ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS.....	6
5.	INTRODUÇÃO.....	7
6.	REVISÃO DA LITERATURA	8
7.	METODOLOGIA.....	46
7.1.	Enquadramento temático.....	46
7.2.	Paradigmas e Metodologia.....	49
7.3.	Metodologia Aplicada no Estudo	50
8.	TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	52
9.	TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DA AMOSTRAGEM.....	54
10.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	55
11.	MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	56
11.1.	Recolha e tratamento de dados.....	58
11.2.	Preparação do Guião de Entrevista	60
11.3.	Questões do Guião de Entrevista	62
11.4.	Pré-Teste do Questionário	63
11.5.	Proposições	64
11.6.	Validação do Guião da Entrevista.....	65
12.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	67
12.1.	Dimensões em Análise.....	67

13. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	69
14. CONCLUSÕES.....	92
14.1. Conclusões do Estudo	92
14.2. Principais Conclusões do Estudo	93
15. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	96
16. RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	97
17. BIBLIOGRAFIA.....	98
18. NETGRAFIA.....	100

4. ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabela 1: Types of Health tourism.....	17
Tabela 2. Motivos de Viagem ao Estrangeiro para Tratamento Médico	19
Tabela 3: Classificação dos líderes em sistema de cuidados de saúde do mundo	24
Tabela 4: Indicativo de custos para cirurgia cosmética em países selecionados, 2011	26
Tabela 5: Destinos seletivos do Turismo Médico para Turistas Médicos dos E.U.	30
Tabela 6: Segmentação do Mercado de Turismo Médico	39
Tabela 7: Classificação dos turistas médicos na Índia	39
Tabela 8- Diferencial de preço para Cuidados de saúde – USA vs. Índia.....	41
Tabela 9: Competitividade de Preço	42
Tabela 10: Receitas do Turismo Internacional.....	47
Tabela 11: Artigos medicina e turismo de saúde e termos cognatos.....	48
Tabela 12: PENT – Entradas por termo.....	49
Tabela 13: Características dos dois principais paradigmas	50
Tabela 14 Administradores Hospitalares.....	55
Tabela 15: Questões da Entrevista	63
Tabela 16: Mapa Resumo das Respostas por Setor de Atividade.....	90
Gráfico 1: Entradas de Turismo Por propósito de visita, 2011	46
Figura 1: Esquema do turismo médico e de saúde.....	10
Figura 2 Health tourism – participating and supporting systems	16
Figura 3: Cinco Estratégias Internacionais de Produto.....	68

5. INTRODUÇÃO

Segundo UNWTO, a agência especializada das Nações Unidas, o investimento no sector do turismo, transformou o turismo moderno num factor chave do progresso sócio-económico.

Através de uma abordagem de pesquisa exploratória, este estudo pretende ser um contributo para uma maior reflexão sobre o fenómeno do turismo médico e o potencial de oportunidade para o norte do país.

A conjugação das necessidades das pessoas com a adaptabilidade dos equipamentos de turismo e dos seus agentes, faz com que a oferta dos serviços tenha gradualmente evoluído dando origem a um sistema complementar e de interesse crescente chamado turismo de saúde. No seio deste sistema complementar, e fruto da necessidade de classificar e clarificar as motivações de cada um, surge de igual forma o termo de Turismo Médico.

Esta dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado de Gestão de Marketing e para além da biblioteca e das bases de dados disponíveis no IPAM, a consulta bibliográfica foi também suportada em publicações de diversos organismos e informação contida em páginas da internet. A pesquisa bibliográfica, teve como força motivadora primária, a necessidade de maximizar a diversificação das fontes de consulta.

Na fase inicial, foi efectuado algum trabalho de campo junto de profissionais directa ou indirectamente ligados à temática desenvolvida que permitiram aprofundar os conhecimentos do tema em análise.

Após a decisão sobre a abordagem metodológica a utilizar e da caracterização da amostra, foi elaborado um guião de entrevista e efectuado um pré-teste.

Na fase final desta dissertação, elaboramos a análise de conteúdo das entrevistas efectuadas, com referência às conclusões retiradas suportadas nessa mesma análise.

Finalmente, e a par da conclusão, apresentamos algumas recomendações futuras, sobre a temática em estudo.

6. REVISÃO DA LITERATURA

São várias as propostas para a definição de Turismo de Saúde, encontradas na literatura. Bennett et al. (2004) citam Goodrich (1987) que dando ênfase ao ponto de vista da oferta, define turismo de saúde como a tentativa por parte de uma instalação de turismo, como um hotel, ou um destino como Baden na Alemanha, para atrair turistas, através de uma promoção deliberada dos seus serviços de saúde e das suas instalações, para além dos seus equipamentos turísticos regulares. Por outro lado complementam com a visão sob o ponto de vista da procura, citando Hall (1992) explicam como este encara o turismo de saúde como compreendendo três elementos: o ficar longe de casa; a saúde como o primeiro motivo e por fim o que ocorre em ambiente de lazer.

Contudo Bennett et al. (2004), referem que para se poder formular uma definição abrangente de turismo de saúde, terão que ser levados em consideração fatores como:

- ◆ As peregrinações a rios, importantes para a limpeza física e espiritual;
- ◆ Viagens a climas quentes por razões de saúde;
- ◆ Cruzeiros que oferecem tratamentos de saúde específicos;
- ◆ O encorajamento por partes dos governos para o uso dos serviços médicos locais, pelos visitantes internacionais, tal como aconteceu em Cuba e Havai em anos recentes;
- ◆ Os centros de talassoterapia que oferecem tratamentos com água quente do mar;
- ◆ “*Sanitourism*” que envolve o *catering* de centros hospitalares não só para os doentes, mas que simultaneamente oferecem acomodações, programas de redução de stress e afins para as suas famílias;
- ◆ Visitas a *resort* de saúde relacionadas com a saúde ou tratamentos médicos.

Em jeito de conclusão, Bennett et al. (2004) referem que qualquer turismo orientado para o prazer que envolva um elemento libertador de stresse, pode ser de forma liberal considerado como uma forma de turismo de saúde. Contudo dizem ser necessária uma definição mais trabalhada de turismo de saúde, uma vez que se torna importante fazer a distinção entre turismo de saúde e o fenómeno alargado de turismo, porque as perceções de produto, tanto por parte dos fornecedores quer dos consumidores, irão influenciar o grau em que as experiencias de viagens mais especializadas, tais como tratamento médico, são promovidos nos mercados tradicionais.

Já Carrera (2006), faz uma descrição exaustiva sobre os resultados da busca de literatura, referindo que da procura inicial do termo "*health tourism*" resultaram 15 títulos, enquanto o termo "*medical tourism*" produziu 445 títulos no intervalo de anos entre 1964 a abril de 2005. Das 445 entradas para turismo, 149 que representam 33,5% do número total de entradas atribuídas a uma variante de turismo e cuja classificação das mesmas produziu 20 categorias diretamente relacionadas com saúde. Refere ainda que a amostra inclui estudos empíricos, editoriais e notícias e que, em todos os casos o turismo teve como objetivo a viagem de atividade económica para fazer uso de um serviço ou de um bem e que ao mesmo tempo, foi utilizada para fornecer bens e serviços. Em ambos os casos o objetivo final era a obtenção de saúde ou bem-estar daqueles que consomem o bem ou serviço. No que concerne às diferentes variantes, Carrera (2006) refere a existência de um denominador comum, a transação via internet entre as partes envolvidas constituídas pelo fornecedor do bem ou serviço, pelo consumidor e de um intermediário entre estes. Os agentes interagem direta ou indiretamente uns com os outros e fazem parte integrante do processo de envolvimento na viagem direcionada à saúde.

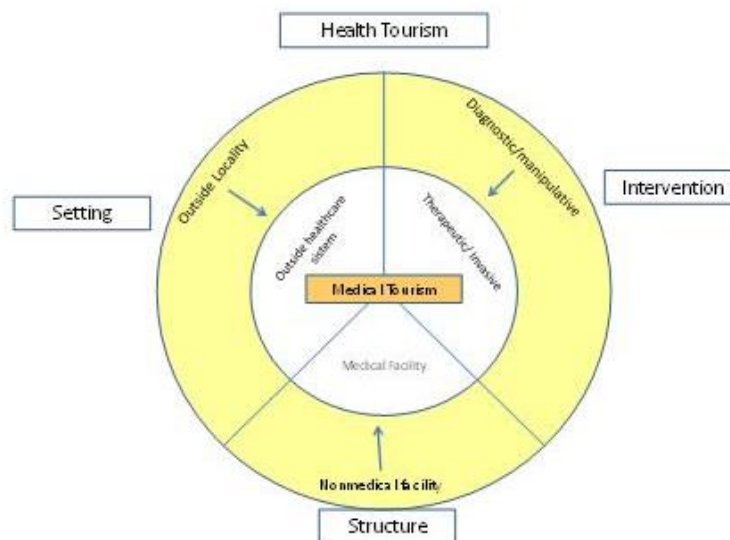
Por outro lado, o compromisso em turismo implicava um movimento para fora do ambiente de cada um, o que na maior parte dos casos significava atravessar a fronteira, este facto correspondia não só a uma mudança do ambiente físico, mas também da jurisdição relativamente ao acesso aos cuidados de saúde.

No sentido de chegar a uma definição de turismo de saúde e T M, Carrera (2006) faz questão de conceptualizar os conceitos e concluir que não são idênticos mas sim relacionados e que existem três fatores distintivos: a definição geográfica, o consumo da intervenção relacionada com a saúde e a instalação onde a intervenção foi efetuada.

Através do esquema da figura1 explica que o Turismo médico pode ser entendido como um subsistema do Turismo de saúde, que se forma através da confluência de componentes particulares dos três fatores e particulariza exemplificando mesmo que se o consumo de medicamentos for decorrente de uma intervenção cirúrgica, então deverá ser classificado como Turismo Médico.

Assim, turismo de saúde é definido por Carrera (2006) como “ A viagem organizada para fora do ambiente local para a manutenção, melhoria ou restabelecimento do bem-estar individual do corpo e mente”. De igual forma define Turismo médico “ viagem organizada para fora da jurisdição de saúde de cada um para melhoria ou restabelecimento da saúde individual através de intervenção médica”. Das duas definições de Carrera (2006) podemos aferir uma diferença importante. No que diz respeito ao Turismo médico, pressupõe-se que exista intervenção médica no sentido da obtenção da melhoria ou restabelecimento do estado de saúde.

Figura 1: Esquema do turismo médico e de saúde



Fonte: Carrera (2006)

O destino como denominador comum do turismo de saúde e do turismo médico está delimitado pelo sistema de saúde sendo que esta limitação tem em consideração o princípio da territorialidade que o rege e pese embora normalmente esteja confinado aos limites territoriais, nem sempre está definido no território nacional. Em alguns países como no Canadá e EUA a viagem para estrangeiro é uma condição necessária na maior parte dos casos, mas não suficiente para ser considerada turismo médico. O autor chama a atenção que nesses países a viagem de turismo médico está limitada à melhoria ou restabelecimento da saúde e que neste caso, a condição do indivíduo esteja fora do normal, na forma ou na função, mesmo que não esteja presente uma patologia, como seja o caso da mamoplastia.

Por seu lado, Veerasoontorn (2010) afirma que a internacionalização de serviços pessoais como a viagem médica, ainda não está totalmente percebida, necessita ainda de uma fundamentação teórica bem como uma exploração empírica e conceptualização. A ausência de estudos qualitativos sobre clientes que procuram serviços no exterior, que considerem as experiências emocionais antes e depois do serviço prestado e analisem o papel das relações para o fornecedor do serviço e o seu ambiente, são o principal fator que impede a construção teórica conclui Veerasoontorn (2010).

Mais adiante o mesmo autor, procura clarificar a terminologia e os diferentes tipos de viajantes e cita Fried e Harris (2007) que afirmam que a maior parte dos estudos anteriores, conceptualizaram a viagem médica como uma forma de turismo. Turismo médico refere-se a uma motivação turística para viajar, juntando serviços médicos a atividades recreativas no estrangeiro, ou vice-versa. Por outro lado a viagem médica ao contrário, está cada vez mais associada ao tratamento invasivo de condições sérias de saúde, como tratamento de cancro, cirurgias cardíacas, transplantes, neurocirurgia e próteses da anca e joelho.

O termo turismo médico, refere Veerasoontorn (2010) deve ser usado apenas quando o valor recreativo da viagem é de maior importância, enquanto na viagem médica existe uma motivação primária e explícita de busca de tratamento médico em países estrangeiros. O autor remata referindo que a viagem médica se destaca como uma

categoria por si só distinta do turismo requerendo assim uma conceptualização distinta.

Antes mesmo de entrar num novo conceito, o “*outshop*”, o autor sintetiza, dizendo que a viagem médica representa uma internacionalização interna dos serviços para os quais os clientes do exterior são atraídos para consumir serviços no país de origem do prestador.

Já Hall (2011) escreve que Goeldner (1989) reconheceu cinco componentes do mercado de turismo de saúde e que cada uma delas identifica um segmento de mercado mais específico aos quais podem ser anexadas categorias de turismo relacionadas com saúde:

1. Sol e atividades recreativas (turismo de lazer);
2. Viagem para fazer sauna, massagem e outras atividades de saúde (turismo de spa e turismo bem-estar);
3. Envolver-se em atividades saudáveis, não sendo a saúde o motivo central;
4. Tratamento médico (turismo médico e turismo dentário).
5. Saúde como principal motivo para viajar (cruzeiro ou viagem para clima diferente) (turismo de saúde e turismo de bem-estar);

No entanto, continua o autor, enquanto a classificação acima é útil para a identificação de elementos da procura para saúde e turismo termal, falha em reconhecer a importância que esses produtos desempenham no marketing de atração e promoção do destino, como uma componente do desenvolvimento de estratégias do turismo. Assim, refere-se a Hall (2003), que o turismo de saúde deverá ser definido como um fenómeno comercial da sociedade industrial que envolve a viagem da pessoa de pelo menos uma noite fora do ambiente normal de origem, para obtenção do benefício de manutenção ou melhoria da saúde, forneça e promova instalações e destinos que disponibilizem esses benefícios.

Adiante afirma que uma das dificuldades em definir turismo de saúde acontece porque historicamente é um termo mais associado à Europa que às Américas. No

entanto o termo tem vindo a ser muito mais utilizado internacionalmente como noção de turismo médico. Estas alterações são acompanhadas de um entendimento de saúde que se foca no bem-estar, prevenção, bem como, cura de doença.

Continua Hall (2011), que as dificuldades da definição estão também evidenciadas na forma como os diferentes tipos de *spas* e turismo de *spa* confundem os conceitos de bem-estar, conforto e turismo de saúde, contudo os termos sejam utilizados mais na literatura de negócios e turismo que na pesquisa médica.

No que diz respeito ao termo turismo médico, Hall (2001) afirma que este é também contestado. Demonstra com excerto do texto do relatório sobre turismo médico na região da Ásia Pacífico da ESCAP (2009)¹ que define viagem médica como um fenómeno internacional de viagem de indivíduos, normalmente de longa distancia, para aceder a serviços de cuidados de saúde que não estão disponíveis devido a custos elevados, longas listas de espera ou capacidade limitada de cuidados de saúde do país de origem. O autor volta a apresentar outro excerto da ESCAP (2009)² para acentuar a diferença para o turismo médico, especificamente, como a tendência crescente entre as pessoas de países desenvolvidos para a viagem médica em combinação com a visita a atrações turísticas. O turismo médico é muitas vezes entendido como a junção de serviços médicos ao turismo comum.

Em contraste nas referencias de estudos médicos e de saúde, o turismo médico é usualmente entendido como um termo genérico que simplesmente se refere a, viagem ao exterior com o propósito de busca de tratamento médico, com ou sem férias ou consumo de serviços de turismo.

Adiante Hall (2011), explica que o turismo médico tem normalmente o foco na cura, com o consumo de serviços de saúde internacionais por uma das cinco razões:

¹ Hall (2011):Transcrição do texto da ESCAP 2009 "[. . .] the international phenomenon of individuals travelling, often great distances, to access health-care services that are otherwise not available due to high costs, long waiting lists or limited health-care capacity in the country of origin,"

² Hall (2011):Transcrição do texto da ESCAP 2009 "[. . .] specifically to the increasing tendency among people from developed countries to undertake medical travel in combination with visiting tourist attractions. Medical tourism is often seen as adding medical services to common tourism."

1. Serviços médicos para além fronteira são mais baratos dos que os disponíveis no turismo médico do país de origem – Dimensão custo económico - e/ou disponível num espaço de tempo mais adequado – Dimensão custo tempo. Este será o fator principal que justifica o crescimento, por exemplo, do turismo dentário.
2. Os serviços médicos podem ser consumidos num local relativamente exótico em conjugação com férias – Dimensão comportamento comercial.
3. Resultado da migração e da procura do mercado global de trabalho, expatriados e emigrantes podem regressar ao seu país de origem para tratamento médico levando em conta razões culturais, familiares e língua – Dimensão comportamento não-comercial
4. As estruturas regulamentares que restringem a disponibilidade do serviço médico no país de origem, não existem no país de destino – Dimensão custo regulamentação
5. Indisponibilidade no país de origem de um órgão para transplante do turista médico. Esta área é particularmente controversa não só no que diz respeito ao tráfico de órgãos mas também aos assuntos de regulamentação médica.

As diferentes dimensões de turismo médico não são mutualmente exclusivas, particularmente como as da regulamentação de serviços médicos e saúde, têm também implicações para os custos e tempos de espera de tratamentos. De facto a discussão da Dimensão-regulamentação é fundamental para o desenvolvimento do comércio internacional de serviços de saúde, conclui Hall (2011).

Na sua abordagem teórica, Kesar (2011), afirma que a teoria da medicina e de outros campos científicos relacionados como a psicologia, sociologia a antropologia ou cinesiologia, definem saúde humana de muitas formas diferentes. A variedade é resultado das diferentes abordagens à pesquisa científica bem como aos multifacetados fatores endógenos e exógenos que afetam a saúde das pessoas.

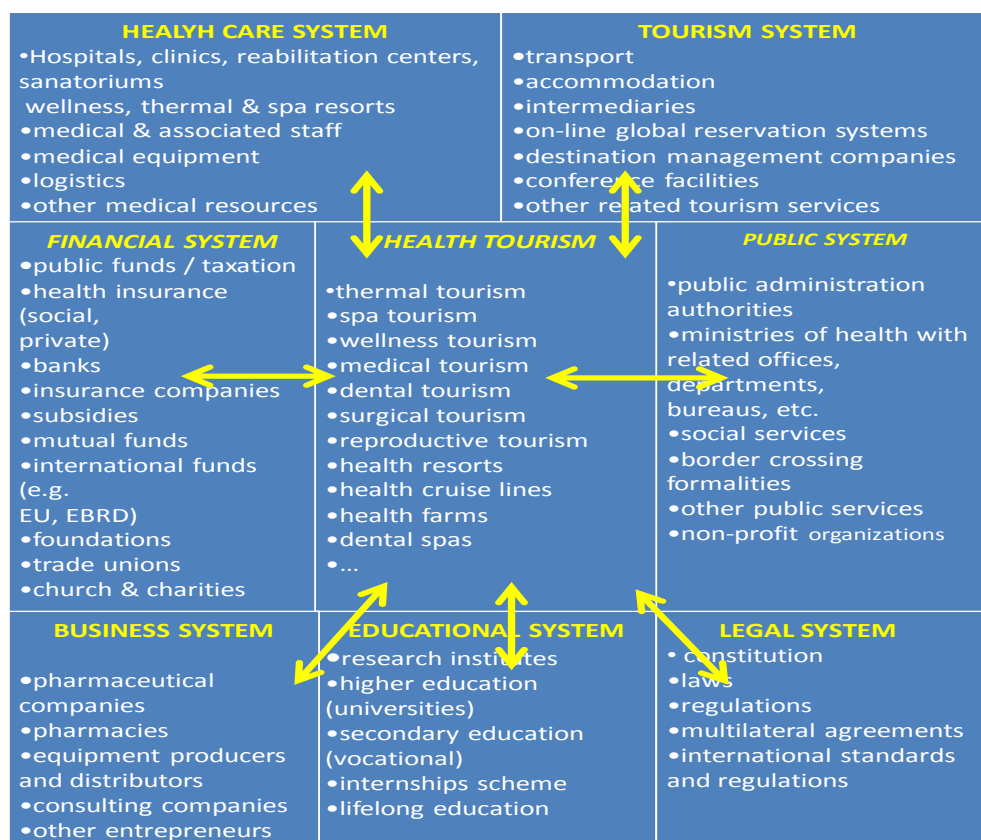
De seguida o autor cita outros conceitos de saúde socorrendo-se de Raphael et al.,(2006), Brooker (2008), OMS, Edlin e Golanty (1998).

Contudo, dá maior atenção ao conceito de Edlin e Golanty (1998), que descrevem uma abordagem holística à saúde em que as pessoas tentam o equilíbrio entre factores inter-relacionados, o físico, social, psicológico, emocional, espiritual e ambiental, que influenciam as suas vidas no sentido de conseguirem uma existência harmoniosa. Cada elemento assume contribuição de igual importância para a saúde, uma vez que a qualidade de um elemento exerce efeito nos restantes.

O autor aborda em seguida o facto de as pessoas estarem mais atentas e preocupadas com a sua saúde como nunca e que este facto não só advém dos impactos negativos como má nutrição, álcool, obesidade entre outros, mas também devido a campanhas agressivas das companhias farmacêuticas, da disseminação de informação pelos média de várias doenças, curas e tratamentos médicos. E cita Smith e Puczko (2009) sobre a pressão que os média exercem na criação de uma cultura que denomina de auto-obsessão e pobre auto-estima, a tal ponto que as pessoas tendem a fazer tudo para melhorar a sua aparência.

Explica também que os impactos negativos na saúde das pessoas suportados pelos média levam ao crescimento rápido das necessidades de cuidados de saúde e que no caso dos países desenvolvidos frequentemente a procura excede a oferta. Por outro lado, os recursos financeiros do sistema de saúde público são limitados e tendem a diminuir pelo que o excedente da procura tem que ser compensado pelo sistema de saúde privado. Acontece que os custos dos serviços fornecidos pelo sistema de saúde privado têm que ser pagos pelo consumidor ou companhias de seguros. Uma vez que os sistemas de saúde privados disponibilizam serviços mais caros que os serviços de saúde públicos, a deslocação ao estrangeiro para tratamento médico com aproximadamente igual qualidade, mas muito mais baixo preço se torna numa alternativa válida na resolução de um problema de saúde ou na melhoria das condições de saúde. Neste sentido alguns países desenvolvidos motivaram-se na criação de novas ideias e projectos dedicados ao desenvolvimento de programas de turismo de Saúde e instalações e em que tiveram que harmonizar atividades de diferentes sistemas como, saúde, turismo, financeiro, publico, negócio, educacional e legal, tal como representa figura 2.

Figura 2 Health tourism – participating and supporting systems



Fonte: Kesar (2011)

Contudo o autor chama a atenção para a complexidade de gestão de todos os elementos que fazem parte do turismo de saúde, prevendo dificuldades na gestão dos mesmos e necessidade de obtenção de maior conhecimento, uma vez que a estrutura organizacional se deverá manter flexível e adaptativa às tendências atuais da economia global, sociais e demográficas.

Mais adiante o autor avança para a definição de turismo de saúde, revelando que a mais citada provém da *International Union of Tourism Organizations* (IUTO), “disponibilização de instalações e saúde que utilizam os recursos naturais do país, em particular, águas minerais e clima” e com base nesta definição muitas outras foram desenvolvidas. De seguida cita também Goodrich (1987), afirmando que este apresenta uma perspectiva mais abrangente pois adiciona uma variedade de oferta de serviços que incluem exames médicos efetuados por médicos e enfermeiros qualificados nos *resorts* ou hotéis, dietas especiais, administração de complexos

vitamínicos, tratamentos médicos especiais para diferentes patologias como artrite, e também remédios naturais.

Refere também Medlike (2003) que explicou que turismo médico implica viagens e visitas a *resorts* de saúde e outros destinos cujo objetivo principal é o tratamento de saúde, variando entre o tratamento terapêutico de várias doenças até aos programas de relaxe.

O desenvolvimento do conceito de produto de turismo de saúde alterou-se á medida que a procura desses produtos foi mudando. Com a evolução do turismo, os produtos de turismo de saúde também evoluíram em diferentes conceitos de oferta de serviços de turismo de saúde. Deste modo os visitantes começaram a ter mais dificuldade em antecipar e decidir os tipos de serviços a experimentar, pelo que a rotulagem e o marketing se tornam de capital importância.

No intuito de efetuar uma abordagem ao âmbito e significado do turismo médico Kesar (2011), disponibiliza um esquema elaborado por Smith e Puczko (2009).

Tabela 1: Types of Health tourism

Types of health tourism				
Wellness		Medical		
Holistic	Leisure and Recreation	Medical wellness	Medical (therapeutic)	Medical (surgical)
Spiritual	Beauty Treatments	Therapeutic recreation	Rehabilitation	Cosmetic surgery
Yoga and meditation	Sport and fitness	Rehabilitation (lifestyle related)	Healing and recuperation	Dentistry
New Age	Pampering	Occupational wellness		Operations
		Thalassotherapy		
		Nutritional and Detox programs		
Types of health tourism facilities				
Retreat	Spas			Hospitals and clinics
Ashram	Hotels and resorts			
Festivals	Leisure centres			
Cruises				

Fonte: Kesar (2011)

Na análise da tabela 1, os autores enfatizam o alargado espectro de produtos especializados do turismo médico, cuja abrangência passa desde os simples serviços de bem-estar, até tratamentos dentários complexos ou cirurgia cosmética. Para além

do espectro de produtos oferecidos, o esquema permite ter uma visão das ofertas e instalações que cada serviço disponibiliza e que os consumidores podem escolher de acordo com as suas necessidades individuais e capacidades financeiras.

No quadro geral conceptual do desenvolvimento do turismo de saúde, o turismo médico é um dos principais aspetos que necessita de maior investigação e avaliação dos pontos de vista teórico e empírico. Kesar (2011) continua e, citando Garcia-Altes (2005), refere que na revisão crítica da literatura disponível, se encontra uma errada utilização generalizada do termo turismo de saúde, que muitas vezes é usado para elaborar todos os tópicos do turismo médico e vice-versa. Isto acontece devido à falta de bases estatísticas fiáveis e sobreposição da teoria e da prática, a maior parte dos subprodutos do turismo de saúde usualmente são incluídos num conceito largo. Contudo, afirma o autor que atendendo aos significativos benefícios sociais e económicos provenientes do desenvolvimento do turismo médico, parece racional restringir a área de investigação, promover uma avaliação das oportunidades de mercado e exploração das vantagens.

À parte do desenvolvimento dos padrões de turismo de saúde nos séculos XIX e XX, inicialmente focados nos *spa*'s relaxantes, muitas vezes apontados como a busca egoísta de prazer, o surgimento do turismo médico vai muito mais além do resultado de prazer e benefício. Kesar (2011) de seguida cita Smith e Puczko (2009) que definem turismo médico como a viagem para se submeter a tratamento médico tal como cirurgias ou intervenções de outras especialidades. E acrescenta que já anteriormente Connell's em 2006 tinha afirmado que o crescimento do turismo médico deliberadamente ligou o turismo diretamente à intervenção médica e que as consequências esperadas serão substanciais e de longo termo quer para os turistas quer para os destinos, principalmente nos países desenvolvidos.

Adiante citando Connell, (2006), escreve que a procura internacional das referidas intervenções médicas cresceu dramaticamente nos últimos anos devido a fatores como: os elevados custos de tratamento nos países ricos, listas de espera, a oferta de voos internacionais e câmbio favorável, e o envelhecimento da abastada geração *baby-boom* dos pós guerra.

No seguimento afirma que em 2010, em França cerca de 52% dos consumidores franceses dos serviços de cuidados de saúde, 45% na Alemanha e 36% no Reino Unido, expressaram o seu descontentamento pelas longas listas de espera nos seus países de residência.

Kesar (2011), disponibiliza as dez razões mais importantes para Jagyasi (2010) sobre os motivos que levam os doentes a decidir viajar para exterior para tratamento médico – Tabela 2

Tabela 2. Motivos de Viagem ao Estrangeiro para Tratamento Médico

%	Motivos
Respostas	
88%	Poupança (mais caro no País de Origem)
66%	Acessibilidade (Tempo de Espera Elevado)
57%	Melhor Qualidade (necessidade de melhor qualidade que a disponível no País de Origem)
46%	Oferta (indisponível no País de Origem)
38%	Melhores Cuidados (Cuidados e serviços de suporte melhores que os disponíveis no País de Origem)
36%	Factor Turismo (factor turismo é tentador, apesar de o tratamento disponível / acessível no País de Origem)
30%	Privacidade (Doente não quer estar exposto no País de Origem)
28%	Benefício Adicional (não mencionados)
26%	Adaptabilidade (Tratamento não aceite no País de Origem)
13%	Outras (poderão não ser um benefício usual)

Fonte: Adaptado de Kesar (2011)

Adiante enumera os factos que Connell (2006) identificou e que facilitaram o crescimento da procura do turismo médico:

- ♦ A internet;
- ♦ Emergência de novas companhias, não especializadas em saúde, mas sim *brokers* entre doentes internacionais e redes de hospitais;
- ♦ Rápido progresso de sistemas de cuidados de saúde de países em desenvolvimento;

- ♦ Adoção de novas tecnologias;
- ♦ Expansão do marketing de serviços de saúde;
- ♦ Transposição gradual dos cuidados de saúde do setor público para o setor privado;
- ♦ A crescente popularidade da cirurgia cosmética e dental;

De seguida o autor afirma que, em contraste com os factos mencionados, Jagyasy (2010) revela alguns obstáculos que os turistas enfrentam ao tomar decisão de viajar para o exterior na procura de tratamento médico e menciona os cinco principais:

- ♦ Acesso a informação fiável;
- ♦ Muitos profissionais inexperientes ou sem conhecimento da indústria recém-chegados que pulam sobre os que triunfaram nos serviços médicos;
- ♦ Falta dos processos de cuidados pré e pós operatórios;
- ♦ Leis e procedimentos legais complicados;
- ♦ Falta de sistemas de apoio governamentais.

Juntamente com a diversificação de produtos de turismo de saúde em subprodutos existe a evidência que o turismo médico sofreu de igual modo uma especialização em duas direções; o turismo cirúrgico e o turismo terapêutico, o que parece ser uma abordagem aceitável, afirma Kesar (2011), referindo Smith e Puczko, (2009). Contudo e no âmbito destas duas direções, muitos autores elaboraram conclusões sobre uma variedade de turismo médico, atribuindo-lhes termos de tratamentos especializados e enumera doze autores, aos quais atribui termos como, turismo dentário; reprodutivo; turismo de fertilidade; turismo de IVG³; turismo de artoplastia; turismo de transplante; turismo de aférese⁴; turismo de derivados do plasma e muitos outros. Como exemplo de uma tendência interessante do subconjunto do turismo dental, cita Levett (2005), que refere que o fenómeno deste tipo de turismo na Tailândia, emergiu

³ IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez

⁴ Colheita de sangue de dador e que posteriormente um dos seus constituintes é separado e retido e os restantes reintroduzidos no dador.

como o polo médico do sudeste asiático. A tendência é a provável crença das novas realidades globais, como as consequências do terrorismo, a crise económica asiática, o acesso pela internet à informação de preços e a globalização dos serviços de saúde. Como outro exemplo serve-se de Budiani-Saberi e Delmonico (2008), que referem a face mórbida do turismo de saúde, o chamado turismo de transplante, em que doentes de recursos económicos suficientes, a necessitar de órgãos, viajam de um país para outro para comprar um rim ou um fígado a pessoa pobre, formalmente chamado de comércio de dador vivo.

Em seguida Kesar (2011), passa para uma abordagem ao desenvolvimento do turismo de saúde e recursos disponíveis na Croácia, sendo este organizado em quatro segmentos diferentes e dispostos proporcionalmente ao tamanho da procura:

- ✓ Turismo sanatório/hospital
- ✓ Turismo de bem-estar
- ✓ Turismo spa/termal/talassoterapia
- ✓ Turismo médico

O turismo de sanatório / hospital refere-se à permanência de cidadãos croatas nos 5 sanatórios existentes e especialmente em hospitais de reabilitação médica num total de 12 construídos nas imediações das termas e nascentes de águas minerais para tratamento médico. O custo é suportado pelo governo com base no programa de seguro de saúde obrigatório do *Institute for Health Insurance*. Os diagnósticos e tratamentos disponibilizados nestas unidades focam, reabilitação física pós-cirúrgica, tratamento de doenças da pele, alívio da dor causada por doença reumática ou isquémica, tratamentos neurológicos ou cardiovasculares, entre outros.

O turismo de spa e termal na Croácia é o mais antigo nicho do turismo de saúde desenvolvido com base na utilização das termas, água mineral ou água do mar, este último, a talassoterapia, para a saúde preventiva. O tempo de permanência e de utilização de algumas atividades dos consumidores dependem diretamente das suas capacidades financeiras para cobrir os custos com alojamento, refeições e serviços utilizados nos cuidados de saúde. Estas unidades, num total de 11, de forma geral partilham os recursos das nascentes termais e pessoal com as unidades

anteriormente mencionadas, especialmente hospitais, e estão abertas a residentes ou não residentes.

No que diz respeito ao turismo de bem-estar o autor refere que é um produto relativamente recente e inteiramente adaptado às necessidades dos consumidores que procuram diversos serviços e programas preventivos de alívio do stresse e relaxamento. Na fase inicial o desenvolvimento do turismo de bem-estar na Croácia, citando Kohen e Mezak, (2005), foi baseado nas instalações termais e spa existentes. Mencionando Andrijašević e Bartoluci (2007), afirma que estes discutiram oportunidades de desenvolvimento de turismo de bem-estar em centros de turismo de saúde existentes em conjunto com programas de reabilitação e manutenção da saúde, em centros de montanha com programas de recreação, em hotéis de luxo com programas de beleza e recreação e em hotéis ao longo da costa como complemento de programas de recreação, descanso ativo e preservação da saúde.

Finalmente, assume o autor, o segmento de turismo de saúde menos desenvolvido da Croácia é o turismo médico. E termina o capítulo afirmando que os resultados da análise *benchmarking* demonstram que o turismo médico na Croácia é um produto que ainda está na fase introdutória quando comparado com as melhores práticas do mundo neste campo.

Kesar (2011), de seguida passa para uma abordagem centrada no mercado croata e foca aspetos específicos, importantes para uma melhor compreensão do fenómeno do Turismo médico. Assim aborda temas como: Experiencia histórica; Recurso para desenvolvimento do turismo médico; Posicionamento – preço dos serviços de turismo médico.

Embora no século IV, na era romana, tenham sido reconhecidas as nascentes termais e minerais no território da Croácia de hoje, a construção de instalações de cuidados de saúde, só começaram na viragem do século XVIII para o século XIX. Na mesma época, tornaram-se destinos populares múltiplas estâncias europeias como SPA na Bélgica, Aix-les-Bains e Vichy em França, Heviz na Hungria, Marianske Lazne e Karlovy Vary na República Checa, Rogaška Slatina e Radenci na Eslovénia, Bath e

Harrogate em Inglaterra, Baden-Baden e Wiesbaden na Alemanha, Abano e Montecatini na Itália, Bad Ischl na Áustria.

Citando Kušen (2006), durante o Século XIX os conceitos iniciais de turismo de saúde na Croácia estavam focados na satisfação das necessidades e capacidades financeiras das classes privilegiadas, incluindo a procura internacional. Com a II Grande Guerra o uso alterou-se radicalmente e desde essa época até ao presente, a maior parte dessas instalações servem predominantemente os consumidores locais e regionais, cujos custos de acomodação e tratamento de reabilitação são suportados pelo seguro público de saúde. O conceito de turismo de saúde com base comercial pôs-se em prática durante os anos 70. Afirma então o autor que a ideia de orientação de mercado aberto do turismo de saúde falhou atendendo ao facto de os hotéis serem na sua maioria ocupados por consumidores cuja estadia relacionada com tratamentos de saúde eram também suportadas pelo seguro de saúde público.

Na viragem para novo milénio, o desenvolvimento dessas instalações financiadas e geridas pelo setor público, tornou-se ineficaz e insustentável, enquanto os custos de oportunidade decorrentes da ausência da Croácia do mercado internacional dos cuidados de saúde são vistos como elevados. Como consequência surge o crescimento do interesse privado e de empreendedores que pretendem internacionalização do negócio. O autor conclui este aspeto referindo que embora as termas e hospitais especializados não sejam recursos essenciais para o desenvolvimento do turismo médico, é de grande importância para a imagem da Croácia.

Já no que diz respeito aos recursos para o desenvolvimento do turismo médico, o autor afirma que no processo de decisão de escolha do destino do turismo médico, normalmente entram mais fatores do que na escolha do destino de férias e enumera os mais importantes:

- ♦ Imagem e qualidade do sistema de saúde do país de acolhimento;
- ♦ Disponibilidade dos recursos do turismo médico (equipas médicas equipamentos e instalações);
- ♦ Preço dos serviços médico e relacionados;

♦ Atratividade do destino do turístico;

As tendências passadas de viajar de países em desenvolvimento para países desenvolvidos para obtenção de cuidados de saúde, sofreram tremendas mudanças, desde que a qualidade geral dos recursos médicos nos países em desenvolvimento aumentou de forma significativa. A imagem e qualidade do sistema de cuidados de saúde foram identificadas como um dos principais elementos decisivos para os consumidores escolherem o destino de turismo médico fora do seu país de residência, afirma Kesar (2011).

Referindo-se ao relatório da OMS do ano 2000, o autor diz que apesar da metodologia usada e do ranking da Croácia no referido relatório, 25º lugar de 42 países europeus como se pode verificar na Tabela 3, o importante será notar que os países de maior sucesso na manutenção e modernização dos seus sistemas de cuidados de saúde são os países mediterrâneos cuja imagem de países com clima agradável, e tradição na oferta de serviços de turismo, representam importante vantagem para a decisão final na escolha do destino de turismo médico.

Tabela 3: Classificação dos líderes em sistema de cuidados de saúde do mundo

Lugar	País	Lugar	País	Lugar	País
1	França	16	Luxemburgo	31	Finlândia
2	Itália	17	Países Baixos	32	Austrália
3	San Marino	18	U K	33	Chile
4	Andorra	19	Irlanda	34	Dinamarca
5	Malta	20	Suíça	35	Dominicana
6	Singapura	21	Bélgica	36	Costa Rica
7	Espanha	22	Colômbia	37	USA
8	Oman	23	Suécia	38	Eslovénia
9	Áustria	24	Chipre	39	Cuba
10	Japão	25	Alemanha	40	Brunei
11	Noruega	26	Arábia Saudita	41	Nova Zelândia
12	Portugal	27	UEA	42	Bahrain
13	Mónaco	28	Israel	43	Croácia
14	Grécia	29	Marrocos	44	Qatar
15	Islândia	30	Canadá	45	Kuwait

Fonte: OMS (2000)

De seguida enumera características de geoposicionamento da Croácia: a sua costa; a capital Zagreb; longa história de investigação e ensino; mérito reconhecido do corpo

médico; reputação das escolas médicas devido às notáveis realizações científicas e programas de estudo credenciados internacionalmente - que em conjunto serão capazes de gerar sinergias na combinação da oferta de cuidados de saúde e desenvolvimento do turismo.

Já no que diz respeito ao posicionamento de preço dos serviços de turismo médico, o autor afirma que de forma empírica parece ser o fator decisivo mais importante para a determinação da escolha do visitante de um destino de turismo médico.

Atendendo ao crescimento da concorrência, o posicionamento do preço no mercado global de serviços médicos nos países desenvolvidos parece ser a estratégia que conduz ao sucesso do desenvolvimento do turismo médico, afirma Kesar (2011).

Segundo Kesar (2011) refere, de acordo com o site (www.treatmentabroad.com) que se foca no mercado gerado no Reino Unido pelo turismo médico e o relatório da *PriceWatch Survey (Treatment abroad, 2011)*, a Croácia pertence ao grupo de países com preços moderados relacionados com atos médicos e serviços relacionados, o que corresponde com a sua posição geográfica mas também com as características económicas e sociais dos países da região. O relatório da *PriceWatch Survey* de 2011, baseado em critérios consistentes, revela que os tratamentos médicos na Croácia são mais acessíveis aos doentes ocidentais do que os preços oferecidos nos seus países de residência e o autor remete-nos para a tabela 4.

Kesar (2011) explica que os preços indicados na Tabela 4, são resultado de pesquisa efetuada de uma amostra de clínicas e hospitais do Reino Unido e 14 outros países e como tal, serve de informação comparativa de preços. Quando comparados, os preços de tratamentos médicos na Croácia são cerca de 50% mais baratos que os praticados na Alemanha. Neste contexto, é importante referir que a Alemanha representa um grande gerador de mercado de turismo para a Croácia, independentemente da motivação da viagem.

Tabela 4: Indicativo de custos para cirurgia cosmética em países selecionados, 2011

País	Tratamento Médico			
	Rinoplastia (cosmética nariz))	Prótese Mamária (aumento)	Pálpebras superiores inferiores	LiftingFacial
Hospitais Privados do UK	£3,000 to £4,000	£3,500 to £5,000	£2,900 to £3,700	£4,300 to £6,000
Clinicas de cirurgia Cosmética do U K	£3,100 to £3,300	£3,600 to £4,600	£1,950 to £3,700	£4,000 to £5,700
Argentina	£1,270 to £1,750	£1,800 to £2,815	£1,165	£1,060 to £2,415
Bélgica	£1,650 to £2,850	£1,960 to £2,720	£1,600	£1,650 to £2,950
Bolívia	£790	£1,590	£850	£1,590
Brasil	£1,550	£2,345	£1,550	£1,948
Croácia	£1,150 to £1,500	£2,250	£1,400	£2,700
Rep. Checa	£1,756	£2,346	£1,226	£2,056
Egito	£1,500	£2,000	£1,200	£2,100
Alemanha	£3,400	£3,000	£1,900	£3,400 to £6,000
India	£850	£1,300	£1,300	£1,800
Polónia	£750	£1,920	£1,290	£1,945
Africa do Sul	£2,100	£2,200	£1,750	£3,300
Espanha	£2,400	£2,900	£2,100	£3,200
Tunísia	£1,260	£1,750	£1,190	£2,400
Turquia	£1,600	£1,720	£1,350	£1,600

Fonte: Treatment Abroad (2011)

Referindo as estatísticas oficiais, Kesar (2011) afirma que em 2010 chegaram da Alemanha mais de 1,5 Milhões de turistas e cerca de 11,5 milhões de dormidas. Com este nível de procura, a quota de visitantes que utilizam tratamentos médicos na Croácia é desprezível, contudo levando em consideração que a ferramenta de promoção “passa a palavra” é a maior fonte de informação do tratamento médico no exterior, a elevada procura anual por parte da Alemanha deve ser considerada como um mercado potencial para a exportação de serviços médicos.

Kesar (2011) lista algumas recomendações que deverão ajudar no crescimento do turismo médico na Croácia bem como aumentar a sua competitividade com os produtos dos outros países desenvolvidos, especialmente na Europa:

- ♦ Institucionalização do desenvolvimento do turismo médico;
- ♦ Implementação de modelo de parceria público-privado;
- ♦ Introdução de uma estratégia de desenvolvimento do turismo médico;
- ♦ Modernização da rede e cooperação internacional;
- ♦ Aumento da eficácia dos esforços de marketing;
- ♦ Melhoria do *Know-how* relacionado com turismo médico;
- ♦ Contratação de profissionais de turismo com capacidade para desenvolver o negócio;
- ♦ Implementação de um modelo de gestão integrado de destino de turismo;
- ♦ Uniformização e acreditação dos serviços médicos;
- ♦ Aumentar o número de participações em projectos internacionais científicos e de desenvolvimento;
- ♦ Reapreciação das restrições dos regulamentos legais.

Por fim, afirma que existem dois importantes aspetos de longo prazo considerados fundamentais para o sucesso do desenvolvimento do turismo médico na Croácia:

- ♦ O desenvolvimento do turismo médico não pode ser bem-sucedido sem um suporte de longo prazo do setor público, nomeadamente do Ministério da Saúde, Ministério do Turismo, Instituto Croata de Saúde Pública, Câmara económica da Croácia, Universidades com estudos interdisciplinares e modelos de investigação e Autoridades locais.
- ♦ Estabelecimento de cooperação de longo prazo com *players* globais de renome especializados em redes de turismo médico, desenvolvimento de estratégia de comunicação alvo visando potenciais nichos de mercado.

Peters, C (2011) pretendeu elaborar uma pesquisa sobre fornecedores de Serviços de turismo Médico e discutir os seus impactos quer nos países desenvolvidos quer nos E.U.

O resultado da pesquisa salienta, como afirma Peters, C (2011), um recente aumento de turismo médico nos residentes nos E.U.

Os resultados sugerem alguns fatores classificados como importantes para os fornecedores e para os clientes quando escolhem fornecedores médicos no exterior e que incluem: poupança; qualidade dos cuidados; experiência e reputação do fornecedor; acreditação; distancia e facilidade da viagem e diminuição do tempo de espera. Embora fosse esperado que o clima económico presente tivesse um impacto negativo temporário no turismo médico, os fornecedores de serviços pareceram divididos no que concerne ao abrandamento da indústria atendendo à recente recessão. Perda do emprego, perda de benefícios de saúde e menores salários, podem tornar atrativo o turismo médico para os cada vez maior número de americanos a necessitar de cuidados de saúde. Se os programas piloto mostrarem sucesso, talvez mais companhias de seguros adotem o turismo médico a mais baixo custo. É de acreditar que a busca no exterior do *mix* de procedimentos médicos anteriormente procurado, possa alterar. Em resposta à economia, as nações desenvolvidas, no intuito de atrair pacientes, podem aumentar ou diminuir as suas campanhas de marketing ou redireccionar o alvo apenas para países ricos.

Ao abordar o Turismo Médico, importa de igual forma, segundo Freire (2012), discutir as vantagens e desvantagens do Turismo Médico tendo em conta os pacientes, o país fornecedor e os países recetores.

Apesar da falta de dados estatísticos, estima que turismo médico representa cerca de 2% do turismo mundial e 4% das admissões hospitalares mundiais – é um valor marginal sem deixar de ser importante refere o autor. Com 100.000 milhões de euros resultantes de 20 milhões de turistas médicos, é uma atividade que tende a crescer no futuro se considerarmos o aumento da expectativa de vida, da tecnologia, e dos progressos médico-cirúrgicos. O turismo médico constitui um fator económico dinâmico que influencia a criação de emprego relacionado quer com o turismo quer com os serviços de saúde.

Sendo um efeito adicional da globalização e no contexto dos *deficits* da segurança social e da reorganização dos sistemas de saúde público e privado, a forma de

melhorar a qualidade dos cuidados, a redução dos preços sem cair no desvio da medicina praticada e da segurança social, com um sistema de saúde a duas velocidades e como evitar os problemas éticos e legais, constitui em si um desafio.

Freire, (2012), adiante faz uma abordagem às vantagens e desvantagens do, turismo médico para o “turista médico”; para o país de origem do “turista médico”; para país recetor do “turista médico”.

✓ Vantagens do turismo médico para o “turista médico”

O turista médico invoca diferentes razões e vantagens para ser tratado no exterior.

- ♦ Custo proposto pela oferta dos cuidados de saúde no exterior, acrescentando os custos da viagem e estadia, é mais baixo que o custo por si só dos cuidados realizados no país de origem, levando em consideração os possíveis reembolsos dos seguros de saúde.
- ♦ Quando o tratamento requerido não está disponível ou abrangido, ou não é parcialmente coberto pelo seguro de saúde do país de origem, é melhor ser tratado no exterior.
- ♦ O rácio de qualidade/preço é mais favorável no exterior. E completa, referindo que muitos hospitais e clínicas privadas estrangeiras empregam médicos formados e qualificados nos países ocidentais.
- ♦ A possibilidade de associar o cuidado do corpo e o turismo, mas também juntar o útil e desagradável com o prazer, permitindo assim “*to swallow the pill*”⁵ mais facilmente devido ao ambiente exótico estrangeiro que faz com que o turista médico consiga integrar as memórias desagradáveis com as agradáveis.
- ♦ A mudança de cenário, espaço, talvez país, clima e cultura e as atividades de lazer associadas ao turismo, ou à convalescença num hotel de luxo, permite superar mais facilmente o sofrimento antes e depois dos cuidados médicos, compensando uma coisa com a outra.

⁵ Frase idiomática que pretende significar “coisa desagradável mas necessária”

- ♦ Permite mascarar uma intervenção de por exemplo, cirurgia plástica, sob a capa de viagem turística. Como o tratamento pertence ao domínio da intimidade, poderá manter o secretismo da intervenção.

Tabela 5: Destinos seletivos do Turismo Médico para Turistas Médicos dos E.U.e possível poupança (%) devido ao cuidado médico realizado no exterior (preços 2007/2008 com 30 % dispersão relativa)

Tipo de Intervenção Cirúrgica	Custo nos E.U (USD)	Poupança Exterior (%)	Destinos de turismo Médico	Fonte
Tratamentos Dentários	1 000 To 5 000	75	Costa Rica, México, Índia, Hungria, Tunísia, Tailândia	a
Correção da Miopia		70	Istanbul (Turquia)	b
Bypass cardíaco	130 000	90	Índia, Tailândia, Malásia	c
Substituição de válvula cardíaca	160 000	85	Singapura	
Fixação Vertebral	62 000			
Angioplastia	57 000	75 - 80	Índia, Malásia, Singapura, Tailândia	
Cirurgia da anca	43 000	80	Índia, Malásia	
Cirurgia do Joelho	40 000	70	Singapura, Tailândia	
Histerectomia	20 000	85	Índia, Malásia	d
		75	Singapura, Tailândia	
Transplante de medula	250 000	90	Índia	d
Prostectomia	4 600 £ UK	50	Tunísia	e

Fonte: FREIRE (2012)

De acordo com a nacionalidade do turista médico ou tipo de tratamento previsto, poderão ocorrer benefícios adicionais:

- Aceder rapidamente aos cuidados de saúde sem ter que ficar em lista de espera durante meses no seu país de origem;
- Não frequentar hospitais privados ou hospitais nacionais com rácio elevado de infeções contagiosas;
- Ter acesso aos mais famosos médicos;
- Poder seguir a moda dos cânones da beleza: cirurgia plástica;
- Oportunidade de acesso a este tipo de cuidados de saúde;
- Orgulho em ter conseguido ser assistido no exterior;

- Ter a possibilidade de escolher livremente o momento de fazer o tratamento uma vez que não está forçado a um período específico do ano como o dos feriados, específicos de cada país.

- ✓ Desvantagem do turismo médico para o “turista médico”

A atratividade da opção do turismo médico que oferece em simultâneo turismo e cuidados de saúde pode implicar algumas desvantagens:

- Geralmente, o turismo de praia, não é recomendável após uma cirurgia, mas o turista médico pode fazer turismo antes da cirurgia planeada, especialmente se acompanhado por um familiar;
- Qualquer intervenção médica contém riscos: a possibilidade de possíveis complicações pós operatórias podem aumentar o preço a pagar se for necessário manter-se no local;
- O acompanhamento das atividades paramédicas – análises laboratoriais, radiologia, imagiologia e consequentes relatórios- podem ser de menor qualidade do que o dos médicos locais. O problema é que só no período da estada é que o turista médico pode avaliar;
- O acompanhamento médico pós tratamento pela equipa que fez a intervenção, não pode ser mantido a não ser que regresse ao exterior. É o caso dos implantes dentários que necessitam pelo menos 5 ou 6 sessões corretivas para resultar;
- O acompanhamento pós intervenção tem de continuar no país de origem a expensas próprias ou em instituições públicas que aceitem tomar conta dos pacientes;
- Não é garantido que os médicos estrangeiros se comprometam a reparar possíveis danos decorrentes dos actos cirúrgicos e por isso no turismo médico a contratação de seguro adicional, pode implicar aumento do custo final, para garantir que o processo decorra bem quer com estada no hospital quer estada em turismo.

Qualquer ação legal contra o hospital privado deverá ser de acordo com o código legal do país estrangeiro;

- Existe a possibilidade de contrair doença hospitalar devido a falha da assépsia ou de higiene nos hospitais privados estrangeiros, ou contrair uma doença endêmica sazonal no país estrangeiro. O autor acrescenta que estes são casos individuais escritos e falados pela média.

✓ Vantagens para o País Fornecedor de turistas médicos

- O desenvolvimento do turismo médico permite à indústria médica dos países desenvolvidos exportar os seus produtos e conhecimento – instalações, organização e indústria farmacêutica – para países emergentes que esperam desenvolver o turismo médico, contribuindo assim para as exportações e melhorar a balança de pagamentos;

- O turismo médico no seio da Europa irá crescer e polos de especialidades estão a crescer em alguns países, caso das cirurgias dentária, estética, ou cardíaca, pesquisa sobre cancro;

- O turismo médico promove fontes de receita para além do financiamento público, especialmente quando está em causa uma clientela de recursos.

- Os países ocidentais, e particularmente da EU, serão confrontados com as consequências do envelhecimento da população. É provável que os pacientes idosos enfrentem uma redução dos serviços médicos ou decidam ir para países de fora da EU no sentido de reduzir despesas e aliviar ao mesmo tempo os gastos do seu país com a saúde;

- É bem possível que conduza ao desenvolvimento de políticas de serviços de geriatria para satisfazer não só as necessidades dos pacientes europeus mas de igual forma para os seniores estrangeiros que desta forma, podem representar um complemento no financiamento do sector da saúde;

- Adicionalmente, as novas tecnologias, em particular a telemedicina, aplicadas aos cuidados médicos, podem constituir um fator importante no crescimento do turismo médico, uma vez que permite aos médicos europeus, o acompanhamento

remoto de um turista médico já avaliado anteriormente e contribuindo para a realização de cirurgias no exterior por médicos que em caso de emergência ou de complicações podem apelar aos melhores especialistas dos países desenvolvidos.

Estes novos métodos de trabalho serão possíveis graças a:

- Uso de equipamentos de controlo remoto;
- Consultas e cirurgias por videoconferência;
- Interpretação remota de exames analíticos e radiológicos;
- Monitorização por TV – controlo remoto permanente da saúde do paciente em sua casa.

✓ Desvantagens para o país fornecedor de turistas médicos

- Perdas financeiras dos países desenvolvidos devido ao desenvolvimento do turismo médico e turismo de saúde além-fronteiras;
- A contribuição financeira dos pacientes estrangeiros não compensa as perdas financeiras dos nacionais que vão para o exterior uma vez que o seu número é muito baixo. De igual forma o crescimento dos pacientes estrangeiros é menor do que o dos nacionais que procuram o exterior;
- O crescimento do turismo médico para países estrangeiros beneficia da imagem do país como uma aprazível zona turística, fornecendo uma dimensão adicional ao turismo clássico. Assim o turismo e o turismo médico interagem de forma dinâmica apoiando-se mutuamente no desenvolvimento;
- Certamente se assistirá ao aumento da mobilidade internacional de médicos e paramédicos para locais onde podem exercer a sua profissão em boas condições – reconhecimento das suas competências e lucro nos seus salários;
- O turismo médico contribui para pandemias. O movimento de pessoas e bens por razões comerciais ou turísticas causaram no mundo uma aceleração da transmissão de doenças e de infeções hospitalares;

- O turismo médico e o turismo de saúde podem estagnar ou diminuir nos países ricos se o turista médico passar a escolher outros destinos médicos estrangeiros competitivos que construíram a sua reputação durante anos;
 - Em muitos países da OCDE o número de médicos por mil habitantes diminuiu;
 - Existe o risco de aumento de preço dos atos médicos bem como diminuição da participação que pode induzir a ideia de uma saúde a duas velocidades;
 - O turismo médico revela incongruências e injustiças emanadas da legislação ou das práticas correntes dos nossos serviços de saúde. Alguns tratamentos e intervenções, só estão acessíveis no exterior devido a constrangimentos ou legislação tradicionalista dos países desenvolvidos. A própria existência do turismo médico constitui um grito de alarme não só para fazer evoluir os costumes, mas também para mudar as leis dos nossos países. As recusas oficiais sofridas aos pacientes para alguns tratamentos, são sentidas como uma violação à sua liberdade de ser capaz de dispor livremente do seu corpo e de decidir sobre a forma de gerir a sua intimidade e sua vida. Os temas mais sensíveis, e que ainda levantam problemas legais, giram em torno da morte (eutanásia), do sexo, ou dos que têm uma conotação sexual.
 - Aborto;
 - Inseminação artificial;
 - Mães substitutas (aluguer);
 - Implantes mamários;
 - Cirurgia do pénis;
 - Mudança de sexo.
- ✓ Vantagens para o país recetor de turistas médicos
- O recente desenvolvimento do turismo médico conduziu ao melhoramento das estruturas médicas dos países emergentes, nas infraestruturas, equipamentos e instrumentos médicos e também nos profissionais, qualidade dos serviços, melhores salários, melhoria educacional e pesquisa médica local. Isto permite fixar a equipa médica no seu país, evitando que os médicos emigrem com o objetivo de exercer a profissão de forma mais adequada e ao mesmo tempo, promover o retorno dos que saíram para o estrangeiro. Aqui o autor cita (Martin,

2007), ao dizer que adicionalmente turismo médico pode ajudar a diminuir a fuga de cérebros pelo menos no domínio da medicina. Este é um recurso adicional para desenvolver o turismo médico;

- Por outro lado, outros países vão aproveitar para melhorar e desenvolver o seu sistema de saúde, com a dádiva financeira que o turismo médico trás, permitindo aumentar o número de beneficiários dos serviços de saúde do país;
- Alguns países vão desenvolver mais atividades médicas específicas para se tornarem melhores nestes domínios e, desta forma, contornar a competição de outros países que se verão então obrigados a especializar noutras áreas médicas;
- Podem beneficiar do aumento da mobilidade internacional do pessoal médico e paramédico para países onde podem exercer sua profissão em boas condições;
- Muitos países emergentes estão apostar no Turismo Médico para impulsionar o turismo regional e nacional melhorando a economia e seu mercado de trabalho (hotelaria, restaurantes, transportes, serviços, infraestruturas, etc.).

✓ Desvantagens para o país recetor de turistas médicos:

- Inúmeros médicos de países em desenvolvimento deixam os hospitais públicos para abraçar a clinica privada, no sentido de melhorar a sua vida e obter um maior reconhecimento profissional;

Assim, o indicador económico - número de médicos ou pessoal médico "*per capita*"- não terá qualquer sentido, porque o seu aumento não vai ter reflexo na melhoria das condições de vida no país, uma vez que esses médicos vão dedicar-se a uma clientela estrangeira e não local;

- Risco de contribuição para o tráfico de órgãos. As pessoas pobres dos países subdesenvolvidos podem ser tentados a vender seus próprios órgãos em troca de dinheiro;
- Risco de facilitar a falsificação de medicamentos. A busca pela redução das despesas das intervenções no exterior poderia facilitar a procura, a produção e a distribuição de medicamentos falsos. Os pacientes estrangeiros poderiam ser

tentados a comprá-los no exterior, fora dos circuitos oficiais (laboratórios, farmácias) para trazê-los para o seu país de origem;

- Risco de facilitar a comercialização de equipamentos e próteses de baixa qualidade ou até de falsificações. Para garantir um mais baixo custo para o turista médico alguns centros hospitalares estrangeiros poderiam usar esse tipo de produtos.

Freire (2012), ressalva como conclusões principais do seu artigo, que a maior parte das pessoas só vê vantagens no turismo médico – poupança de tempo e dinheiro, excelência de qualidade dos serviços, dos profissionais de saúde, possibilidade de usufruir de algumas horas ou dias de atividades de turismo secundárias. Contudo, avisa o autor, que esquecem que o turismo médico pode trazer inconvenientes e, como primeiro conselho, interessa ter em mente que o risco zero não existe na medicina geral e muito menos na cirurgia, independentemente do país onde se realiza a intervenção.

Para os países fornecedores e recetores de turistas médicos o turismo médico pode trazer vantagens financeiras e aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Saúde, permite ao mercado acesso a equipamentos sofisticados e contribui para desenvolvimento das indústrias do turismo. Mas pode também trazer desvantagens financeiras ou riscos, contribuindo para tráfico de órgãos ou facilitar a falsificação de medicamentos.

O turismo médico é um fenómeno complexo, conclui Freire (2012), e no presente é difícil delimitar completamente. A falta de informação fiável e de resultados estatísticos dos Ministérios da Saúde e do Turismo, não ajuda a estimar a importância global do Turismo Médico.

Considera assim a autora que a UE deve rapidamente reagir face a este fenómeno migratório, desenvolver uma melhor coordenação de políticas de gestão de cuidados e acolhimento de pacientes e depois retirar vantagem da dívida financeira no sentido de fortalecer a excelência de alguns centros hospitalares europeus.

O turismo médico na Índia é reconhecido como um importante fator, na captação de turistas e receitas, bem como no desenvolvimento socio-económico do país, de tal forma que as entidades responsáveis privilegiam a adoção de medidas que tornem este setor, estratégico para o país. Paralelamente o turismo médico na Índia é visto como fator de desenvolvimento e modernização das infra-estruturas e modelos de negócio e é neste sentido que achamos importante a análise do trabalho - Marketing do Turismo Médico e de Saúde na Índia, (Deb, P. 2011)

Visão Global – A Vantagem Índia

De seguida, apresenta uma visão geral do setor, dando o título de A Vantagem Índia, salientando, que os indicadores prevêem que o turismo médico e de saúde será o próximo “*big thing*” a seguir ao *boom* do *outsourcing* das tecnologias de informação na Índia. Como vantagens sugere, que a Índia ocupa uma posição única uma vez que oferece serviços medicinais holísticos como yoga, meditação, *ayurveda*⁶ juntamente com um moderno sistema de medicina e um pacote único de serviços inigualável por outros países. A estas vantagens juntam-se os resultados clínicos a par com os melhores centros mundiais e ainda um conjunto rico de especialistas qualificados internacionalmente e com experiência multifacetada. O autor cita um *forecast* da CII-McKinsey de 2009, que refere que de 2009 a 2012 esperam que o turismo médico na Índia, evolua de 50 mil milhões para 100 mil milhões de rúpias⁷, o equivalente em euros de aproximadamente €71 milhões para €142 milhões⁸, e resultado do facto de conseguir atrair aproximadamente 11 lakh⁹ de turistas em 2009 contra 1,5 lakhs em 2002, citando o relatório da CII-McKinsey, o que representa um crescimento de 150.000 turistas em 2002, para 1.100.000 em 2009. Ainda, e segundo o Governo Indiano, o autor relata que os 17 biliões de dólares que a indústria de cuidados de

⁶ Ayurveda, segundo NCCAM . National Center for Complementary and Alternative Medicine é uma das mais antigas práticas da medicina com origem na Índia, cuja finalidade visa a integrar e equilibrar o corpo a mente e o espírito.

⁷ Rúpia: unidade monetária da Índia, Indonésia, Maldivas, Maurícia, Nepal, Paquistão, Seicheles e Sri Lanka. 1 RUPIA INDIANA (INR) = 0,0142 EURO (EUR)

⁸ No trabalho citado refere crescimento de 5.000 a 10.000 crore. O crore equivale a 10.000.000 rupias

⁹ Lakh é termo do sistema numérico Indiano que representa 100.000 ou 10⁵

saúde gera anualmente irão crescer ao rácio de 13% por ano, nos próximos 5 anos, impulsionado pelo turismo médico, que os analistas da indústria acreditam que irá crescer ao rácio de 30% anualmente.

Complementando estes dados, o autor cita a Deloitte Consultants que estima que o crescimento do negócio atingirá um rácio de 27% por ano e que vai ajudar a criar 40 milhões de novos postos de trabalho em 2012, e remata dizendo que o racional desta estimativa não está longe de ser atingido. Citando dados do Ministério do Turismo da Índia, o autor relata que o turista tradicional gasta US\$ 300 por visita, enquanto o turista médico gasta US\$ 700 por visita.

Apesar de gastar apenas 5% do PIB em cuidados de saúde, comparado com os 15,3% nos Estados Unidos, 11,3% da Suíça, ou 11,1% da França, a Índia está bem posicionada para ocupar um lugar de destaque no mercado global do turismo médico, devido à sua vantagem no custo. O crescimento nas infraestruturas é maioritariamente suportado pelo setor privado e voluntário com cerca de 70% do investimento, enquanto o investimento do governo e setor público representa 30%. Acrescentar a estes dados, o autor refere ainda que a indústria farmacêutica é uma das maiores do mundo, sendo quase autossuficiente na produção de medicamentos que respeitam as normas americanas da *Food and Drug Administration* e ainda exporta para mais de 180 países. Neste capítulo o autor termina referindo que os cuidados de saúde, no que diz respeito à qualidade, correspondem aos padrões de qualidade americanos e alguns centros médicos indianos fornecem serviços que não se encontram em nenhum local.

Terminada assim pelo autor, uma visão global da vantagem da Índia, este passa a analisar a segmentação e estratégia do mercado de turismo médico.

Abordando a estratégia do turismo médico na Índia, refere que no sentido de aumentar experiência de serviço ao paciente, veiculam a definição e abrangência do prestador de serviço nos seguintes aspetos:

- ♦ Prioridade e foco no turismo médico para o prestador de serviço;
- ♦ Bases de segmentação para ser usado e escolha do mercado-alvo;

- ◆ Usar e identificar o perfil de grupo clientes mais lucrativo:
- ◆ Decidir os critérios de segmentação mais apropriados.

Tabela 6: Segmentação do Mercado de Turismo Médico

Base da Segmentação	Perfil/Características
Geográficas	USA, UK, Nepal, Médio Oriente; África
Demográficas	Idade, Sexo, Rendimento, Educação, Classe Social
Psicográficas	Padrão de Gasto, Orientação para Risco, Atitude perante saúde e boa condição física
Comportamental	Clientes inovadores, Clientes frequentes, Clientes fieis
Benefício	Associar lazer com cuidado de saúde; Procura de tratamento Médico mais barato; Rápido acesso ao tratamento Médico; Melhor qualidade de tratamento Médico; Confidencialidade

Fonte: Deb, P. (2011)

Após a abordagem à segmentação, conforme tabela 6, e assuntos estratégicos do mercado de turismo médico o autor passa para a definição do cliente alvo.

Cerca de 1,7 lakh¹⁰ (170.000) pacientes de diferentes partes do mundo, incluindo UK, África do Sul, Sudoeste Asiático, são atraídos para a Índia e podem ser classificados conforme refere na tabela 7, acrescenta o autor:

Tabela 7: Classificação dos turistas médicos na Índia

Categoria	Origem	Motivo da Procura
Não Residentes	20 milhões Por todo Mundo	Baixo custo de cuidados de saúde combinado com viagem de regresso
Pacientes de países com condições pouco desenvolvidas	Nepal; Myanmar; Bangladesh; África; Médio Oriente; América Latina	Cuidados de saúde de qualidade a preço acessível
Pacientes de Países Desenvolvidos	UK; USA; Canadá	Cuidados de saúde <i>Low-Cost</i> ; Limitações de capacidade no país de origem

Fonte: Deb, P. (2011)

¹⁰ Lakh é termo do sistema numérico Indiano que representa 100.000 ou 10⁵

De igual forma o autor cita um relatório da CII-McKinsey que estima que a Índia pode lucrar 2,3 biliões de dólares americanos provenientes do turismo médico. O governo considera esta entrada de divisas como exportação, com direito a todos os incentivos fiscais para a receita de exportação.

As mais importantes cidades que atraem pacientes estrangeiros para a Índia são, refere o autor, Chennai, Mumbai, Delhi, Kolkata, Bangalore e Chandigarh.

De seguida o autor aborda a questão suportado numa análise SWOT.

♦ **Análise SWOT do Turismo Médico na Índia**

Strengths (Pontos Fortes):

- Vasto e crescente corpo médico competente com 30.000 novos médicos anualmente
- Qualidade de serviço a baixo custo
- Diversidade de destinos turísticos
- Boas credenciais e elevados ratios de sucesso em cuidados de saúde de ponta – Cardiovascular; Transplantes de órgãos
- Terapias alternativas como Yoga, Ayurveda e Homeopatia

Weaknesses (Pontos Fracos)

- ✓ Infra-estruturas inadequadas e negativa perceção do cliente sobre a Índia como local pouco higiénico
- ✓ Não uniformidade da política de preço nos hospitais da Índia
- ✓ Condições degradadas dos hospitais governamentais
- ✓ Foco inadequado na medicina de intervenção
- ✓ Baixa coordenação entre stakeholders – Transportadoras aéreas, hotéis, e hospitais

Opportunities (Oportunidades)

- ✓ Entrada de divisas e contribuição para PIB
- ✓ Procura de países com pobres estruturas de cuidados de saúde
- ✓ Crescimento da procura de países desenvolvidos com elevada taxa de população de idosos (USA e UK)
- ✓ Queda de preços das viagens aéreas internacionais

Threats (Ameaças)

- ✓ Entrada de players globais com elevadas capacidades financeiras
- ✓ Concorrência da Tailândia, Singapura, Malásia
- ✓ Falha na acreditação dos fornecedores de serviços médicos e cobertura de seguros de saúde

Terminada a análise SWOT, o autor debruça-se sobre os elementos do Marketing Mix (4P`s) *Product*, *Price*, *Place* e *Promotion* e as suas implicações no contexto do turismo médico na Índia.

Product

A componente produto compreende três variantes

✓ Tratamento Moderno:	✓ Ayurveda:	✓ Yoga:
Cirurgias; Próteses das articulações; Transplantes de órgãos; Testes de diagnóstico; Cirurgia cosmética, etc.	É uma forma de medicina natural originária da Índia, desde o ano 600 d.c. com base no diagnóstico das enfermidades do corpo humano, e pretende atingir o balanço correto recorrendo a produtos naturais.	O termo Yoga significa união e presumivelmente, acrescenta o autor, será a união com o ente divino ou Deus. É um método científico que experiencia a integração da mente com o corpo e o espírito.

Price – A vantagem competitiva chave

○ Preço competitivo e custo-eficácia é o argumento único de venda do turismo médico na Índia. O estímulo é suportado pelo *slogan*:

-“**First World Treatment at Third World Price**”¹¹. O diferencial de custo é grande, sendo por vezes 10% ou 15% do custo praticado nos Estados Unidos como podemos verificar na tabela anexa.

Tabela 8- Diferencial de preço para Cuidados de saúde – USA vs. Índia

Tipo de Cuidado de Saúde	Custo nos Estados Unidos	Custo na Índia
Cirurgia Bypass Cardíaco	US\$ 55000- 86000	US\$ 6000
Angioplastia com Stents	US\$ 33000- 49000	US\$ 6000
Prótese da anca	US\$ 31000- 44000	US\$ 5000

Fonte: Deb, P. (2011)

¹¹ “Tratamento de primeiro Mundo a preço de Terceiro Mundo” – tradução literal

A vantagem competitiva pode ser ainda melhor avaliada com o relatório da Comissão de Planeamento da Índia que o autor apresenta na tabela anexa.

Tabela 9: Competitividade de Preço

Tipo de Cuidado de Saúde	Custo USA	Singapura	Tailândia	Índia
Cirurgia Bypass Cardíaco	US\$ > 24000	US\$ 10417	US\$ 7894	US\$ 6000
Transplante Válvula Cardíaca	US\$ 200000	US\$ 125000	US\$ 10000	US\$ 8000
Fusão Vertebral	US\$ 62000	US\$ 9000	US\$ 7000	US\$ 5000

Fonte: Deb, P. (2011)

Place

O autor nomeia os principais hospitais responsáveis por atrair um largo número de turistas médicos à Índia.

- Apollo Hospital- Chennai, Delhi e Kolkata
- Escorts Heart Institute & Research Centre Delhi
- All India Institute of Medical Sciences Delhi
- Beach Candy Hospital – Mumbai
- AMRI – Kolkata
- Escorts Hospital – Jaipur
- Christian Medical College – Vellore
- Asian Heart Institute – Mumbai
- Fortis Hospital Delhi, Bangalore, Kolkata
- Tata Memorial Cancer Hospital – Mumbai
- B M Birla Heart Research Centre – Kolkata
- Manipul Heart Foundation – Bangalore

Enumerados os principais fornecedores de cuidados de saúde, o autor passa a analisar o tipo de comunicação do mercado de turismo médico na Índia.

Promotion

O autor inicia por avisar que na Índia nenhum esforço de marketing, no que diz respeito ao turismo médico, é bem-sucedido sem a ajuda de uma promoção (comunicação) proactiva. Como atrás mencionado, o único argumento de venda é a competitividade ao nível do preço sendo que a campanha de promoção (comunicação) tem que ser desenhada para alavancar a vantagem única. Desta forma, o *slogan* para promoção foi justamente “*First World Treatment at Third World Price*” combinado com pacote para turismo ao este exótico. Continuando, o autor afirma que uma vez que as vantagens competitivas para os diferentes elementos do turismo médico se relacionam com os diferentes stakeholders, devem rapidamente, formar

uma rede funcional inter-organizacional de forma coordenada, e objetivos de marketing comuns.

Por outro lado, o e-marketing do turismo médico permitirá ao cliente ultrapassar os intermediários e ajudará as agências de turismo a fornecer serviços a um preço mais baixo, na hora, altamente customizados. Paralelamente, a plataforma digital poderá facilitar as consultas médicas iniciais via telemedicina, antes do paciente embarcar numa viagem para um destino estrangeiro. Uma vez que os serviços médicos, têm como base a crença ou credibilidade, assegurar a confiança e o segredo através da construção e manutenção de uma relação de longo prazo, será a chave para um negócio sustentável.

Uma ênfase deve ser dada através da alavancagem de referências positivas através do *"Word of Mouth"*¹², uma vez que encerram maior credibilidade que qualquer anúncio impessoal através dos média.

Contudo, avisa o autor, os fornecedores de cuidados de saúde na Índia necessitam compreender a influência que outros *stakeholders* podem ter, como por exemplo a opinião de médicos conservadores dos mercados como Japão, Coreia ou Índia que raramente são contestados. Em contraste, um ponto-chave influenciador pode ser as multinacionais a enviar os seus empregados para tratamento no terceiro mundo. Deste modo, o marketing e os esforços promocionais em diferentes países podem ser multifacetados, podem ter como alvo o paciente, o médico de referência, o hospital, as companhias de seguros ou os empregados dependendo de quem desempenha o papel de decisão de influenciador para a escolha do destino de turismo médico.

De seguida o autor aborda os stakeholders no turismo médico e de saúde.

Neste capítulo o autor nomeia os múltiplos stakeholders

- | | |
|---|--------------------------------|
| ✓ Turista (Pacientes com acompanhantes) | ✓ Destinos Turísticos |
| ✓ Operadores de turismo estrangeiros | ✓ Operadores locais de turismo |
| ✓ Hospitais Indianos | ✓ Guias turísticos locais |

¹² Word of mouth – termo utilizado em marketing para designar o passa a palavra

- ✓ Companhias de seguro
- ✓ Agências de Viagens Indianas
- ✓ Hotéis locais
- ✓ Centros comerciais locais

Um relativamente novo *player* no mercado de turismo médico, são as companhias de referencia que revêm a história clínica do doente e recomendam o médico e o hospital mais conveniente para o doente. Oferecem também um serviço completo que passa pela obtenção do visto, assistência para emissão de bilhetes, transferes locais, coordenação do tratamento e recuperação, férias na Índia, etc.

No âmbito dos facilitadores de turismo médico que mais se destacam, refere:

- Medimins: O mais confiável facilitador de turismo médico da Índia, patrocinado e gerido por profissionais do setor da saúde. Fornece soluções chave na mão, para turistas médicos.
- Medicaltourismindia.com
- Medisolution.com

Futuro e Imperativos Estratégicos

Neste sentido o autor afirma que o governo planeia investir cerca de US\$60 biliões em infra-estruturas nos próximos dois anos (2010- 2012). No sentido de aproveitar a oportunidade, os ministérios governamentais da Índia, a saber, Ministério da Saúde & Família e Bem-estar e o Ministério do Turismo, criaram um departamento inter ministerial, um grupo de trabalho, para avaliação das oportunidades na indústria do turismo médico e formular uma política de acreditação das instituições de cuidados de saúde. A acreditação terá como objetivo a classificação dos fornecedores de cuidados de saúde nos parâmetros das infraestruturas, e qualidade dos serviços médicos oferecidos. É intenção a standardização de procedimentos e oferecer aos pacientes estrangeiros, facilitação de seleção dos melhores hospitais da Índia e acesso aos serviços de maior qualidade. Nas conclusões do seu trabalho Deb. P. (2011) salienta:

- Apesar de ser um relativo novo fenómeno, o turismo médico e de saúde na Índia, está destinado a ser uma importante fonte de rendimento nos próximos anos.

- Pacientes estrangeiros vêm à Índia como destino fornecedor de serviços medicinais holísticos, além de combinar os mesmos com férias e experiências turísticas;
- Apresenta como fator chave a apreciável vantagem do baixo custo;
- O conceito “*International Patient Care*” é uma funcionalidade perfeita em que os visitantes preferem o regime de viagem de avião, transporte local e visita turística, transferes e serviços de acompanhamento, juntamente com a sua escolha pessoal não só de serviços de cuidados de saúde mas também cozinha e hospitalidade;
- À medida que pacientes de outros países com custos de tratamentos médicos altos procurem destinos de turismo médicos opcionais, a Índia terá que contar com a concorrência de outros países como Tailândia, Singapura e outros países asiáticos;
- Para atrair mais pacientes estrangeiros, os fornecedores de cuidados de saúde devem considerar a alavancagem destes tipos de negócio e o de relatório clínico;
- Para o crescimento sustentado da indústria de turismo médico na Índia será necessário um esforço consertado entre os negócios de viagens, hospitalidade e cuidados de saúde.

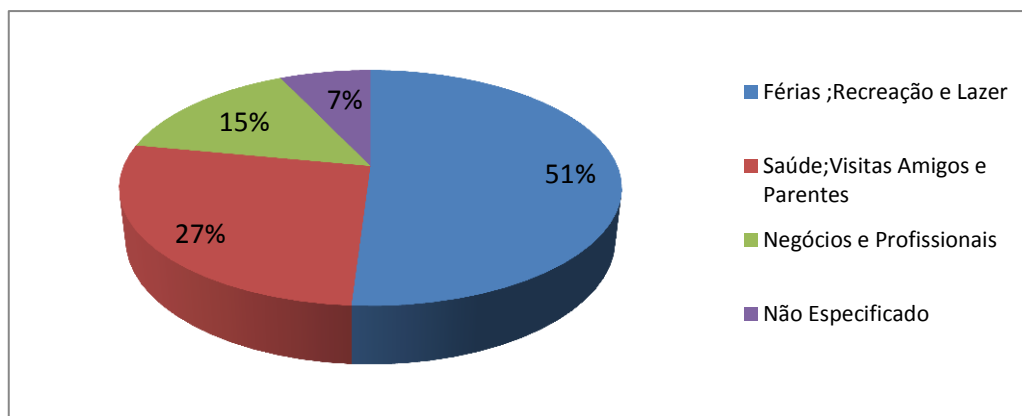
7. METODOLOGIA

7.1. Enquadramento temático

Segundo a UNWTO¹³, sendo o turismo recetivo, um serviço comercializado internacionalmente, tornou-se uma das categorias comerciais mais importantes mundialmente, cuja receita gerou em 2011 mais de US\$ 1.2 triliões. A conta de exportação do turismo representa respetivamente 30% das exportações mundiais do comércio de serviços e 6% do total das exportações de bens e serviços. Para muitos países desenvolvidos é uma das principais fontes de receita e a primeira categoria das exportações, criando o tão desejado crescimento do emprego e o desenvolvimento de oportunidades, estimando-se em aproximadamente 6 a 7% do total mundial de postos de trabalho diretos e indiretos.

No que diz respeito ao propósito da visita, no gráfico 1, estão espelhadas as diversas opções.

Gráfico 1: Entradas de Turismo Por propósito de visita, 2011



Fonte: Organização Mundial do Turismo 2012

Ainda segundo o relatório da UNWTO- Tourism Highlights 2012 Edition, no que diz respeito às receitas do Turismo Internacional, em 2011 a Europa foi a segunda região

¹³ UNWTO- *United Nations World Tourism Organization* (Organização Mundial do Turismo - Nações Unidas)

em crescimento com mais 5,2%, contudo, no que diz respeito às receitas de turismo a europa ocupou o primeiro lugar atingindo 45% de share com €333 mil milhões.

Tabela 10: Receitas do Turismo Internacional

	International Tourism Receipts Local currencies. constant prices change (%)				Market change (%)	Euro Receipts		
	08/07	09/08	10/09	2011		(billion)	Per arrival	
	08/07	09/08	10/09	2011	2011*	2010	2011*	2011*
By UNWTO regions	-0,9	-6,5	0,0	5,2	45,0	308.8	332.9	660
EUROPE								
Northern Europe	-2,5	-4,1	2,7	5,0	6,8	46.3	50.5	850
Western Europe	-2,2	-6,6	1,1	3,7	15,6	107.2	115.2	720
Central/Eastern EU	4,3	-8,0	-2,9	7,9	5,4	36.3	40.3	390
Southern/Mediterr. EU	-0,6	-6,9	-1,0	5,7	17,1	118.9	126.9	700
Of which EU-27	-2,7	-7,0	0,7	4,3	36,6	252.7	271.2	700

Fonte: OMT dados Junho 2012

Da análise da tabela 10, verificamos que a região sul/mediterrâneo da europa é a de maior fonte de receitas, com 126,9 mil milhões de euros. Os países que mais contribuíram para este resultado foram: a Grécia(+10%), a Turquia (+9%), Portugal (+9%), Croácia (+9%), a Espanha (+8%) e a Itália (+6%). Com uma subida de dois dígitos encontramos outros destinos como, San Marino (+30%), Macedónia (+25%), Servia (*12%) e Montenegro e Chipre ambos com (+10%)

Sendo inquestionável a importância do setor do turismo para o desenvolvimento da economia dos estados, são muitos os estudos e resoluções que existem no sentido de tornar Portugal um destino competitivo visando a captação de receitas que ajudem no equilíbrio da balança de pagamentos.

Consideramos que o turismo médico, tal como refere a literatura, deverá ser encarado como uma oportunidade a explorar uma vez que tem vindo a ser reconhecido como um promissor segmento de mercado não só para países em desenvolvimento como para países desenvolvidos.

A corroborar o crescente interesse da literatura nos aspetos médico e de saúde, podemos ver na Tabela 11 a elevada incidência desses estudos quando compararmos com outros títulos. Existe uma mudança significativa de consciência de estudos sobre turismo médico e de saúde e, em menor escala, sobre a significância da mobilidade internacional voluntária por razões relacionadas com a saúde.

A manutenção de boas condições de saúde é um dos motivos mais frequentes que levam as pessoas a viajar. Os motivos são variados e em alguma medida sobrepõe-se. Nas últimas décadas fatores como a globalização, a maior esperança de vida das populações e o consequente envelhecimento, o aumento dos padrões de vida, a liberalização do comércio internacional de bens e serviços, funcionaram como catalisadores do desenvolvimento do turismo de saúde a nível mundial.

Tabela 11: Artigos medicina e turismo de saúde e termos cognatos

Ano	Médico	Saúde	SPA	Transplante	Reprodutivo/ Fertilidade	Dentário	Celulas Estaminais	Cirurgia	IVG	Xeno
2011	12		1	3	1	4	16	2		
2010	126	13	2	21	7	6	5			
2009	60	16	5	21	5	8		1		
2008	34	7		18	2	3		1		
2007	28	5	2	6	3					
2006	12	6		2	4					
2005	5	6	1	2	10					
2004	1	1	1		1					1
2003	4	7			1					
2002	2	2	1		1					1
2001	2									
2000	1	1	1							
1999	1	1	1							
1998		2								
1997	2	1								
1996			1						1	
1995		2								
1994										
1993	1	1						1		
1992									1	
1991		1								
1990	1	4	1							
1989		1								
1988		1								
1987										
1986										
1985		1								
1984			2							
1973								1		
1963	1									
Total	294	79	19	73	35	21	21	6	2	2

Fonte: Michael Hall (2011)

Um dos documentos governamentais que se torna obrigatório consultar quando nos referimos ao turismo, será o PENT 2007 (Plano Estratégico Nacional do Turismo).

Nesse sentido, buscamos no documento as referencias aos termos saúde (isoladamente); médico (isoladamente); turismo de saúde; turismo médico; saúde e bem-estar; tratamento.

No documento composto por 133 páginas incluindo anexos, encontramos as respetivas referencias que registamos na tabela 12

Tabela 12: PENT – Entradas por termo

SAÚDE	MÉDICO	TURISMO DE SAÚDE	TURISMO MÉDICO	SAÚDE E Bem-estar	TRATAMENTO	TRATAMENTO SAÚDE
7	0	2	0	31	1	3

Fonte: Própria

Devemos ainda notar que das 7 entradas para o termo saúde, 4 são referentes a equipamentos de saúde. No mesmo documento, PENT 2007, no anexo Detalhe dos Projetos de Implementação, no quadro Visão a 10 anos, menciona -“Porto e Norte, e Centro como referência de tratamentos de saúde no mercado ibérico”

Pelo que atrás foi dito, este trabalho pretende contribuir para uma maior reflexão sobre o fenómeno do Turismo Médico.

Este trabalho pretende ser mais um contributo para uma reflexão sobre as potencialidades do turismo médico e um alerta para um estudo mais profundo sobre a exploração deste mercado, tendo em vista a captação de investimento, dinamização do emprego e do empreendedorismo de forma a contribuir para uma economia nacional mais forte e dinâmica.

7.2. Paradigmas e Metodologia

Hussey, J. (1997) afirma que muitos autores usam os termos metodologia e método indistintamente e que uma das razões é porque os torna mais impressionantes e outra, particularmente com os métodos de pesquisa utilizados sobre abrangência do

paradigma fenomenológico, é que o método está tão entrelaçado com as suposições e filosofias do paradigma que perpassa todo o desenho de pesquisa.

Deste modo, metodologia diz respeito aos seguintes aspectos:

- Porque recolhemos determinados dados;
- Quando recolhemos dados;
- Que dados recolhemos;
- Como recolhemos os dados;
- De que fonte recolhemos os dados;
- Como iremos analisar os dados recolhidos.

Adiante Hussey, J. (1997) apresenta as características de cada paradigma.

Tabela 13: Características dos dois principais paradigmas

Paradigma Positivista	Paradigma Fenomenológico
Tende a originar dados quantitativos	Tende a produzir dados qualitativos
Amostras grandes	Amostras reduzidas
Preocupação em testar a hipótese	Preocupação em gerar teorias
Dados são específicos e precisos	Dados ricos e subjectivos
Localização é artificial	Localização é natural
Elevada confiança	Baixa confiança
Baixa validade	Elevada validade
Generaliza da amostra para população	Generaliza de uma definição para outra

Fonte: Hussey, J. and Hussey, R. (1997)

De acordo com a tabela 13 de Hussey, J. (1997), esta pesquisa será elaborada sob o âmbito do paradigma fenomenológico e será fiel às características enumeradas.

Termino com uma referência a uma citação que Hussey, J. (1997) faz de Silverman 1994, tal como as teorias, as metodologias não podem ser verdadeiras ou falsas, mas antes, mais ou menos úteis.

7.3. Metodologia Aplicada no Estudo

Lopes, J. (2010), afirma que se entende por pesquisa qualitativa, “ *toda a pesquisa que procura o significado dos fenómenos estudados ou a explicação de situações observadas. A investigação tenta compreender o sentido das informações recolhidas procurando colocar-se na perspectiva do(s) interlocutor(s) e penetrar na sua mentalidade – tal processo visa investigar as motivações, as atitudes, as intenções e os comportamentos* “. Complementa dizendo que é uma pesquisa entendida muitas vezes como uma tarefa

ou processo pessoal, uma vez que o investigador o acompanha desde o seu início até à conclusão.

Por seu lado, Benjamin, F. e William, L (1999) comparam a pesquisa como tirar uma fotografia descritiva e expositiva da realidade empírica e que para cada fotografia particular, o investigador decide que máquina fotográfica utilizar, a cena a focar, através de que tipo de filtro e com que intenção. Existem em sua opinião, cinco estilos diferentes de pesquisa: "*experimental*", o "*survey*", o "*documentary-historical*", o "*Field*" e o "*Philosophic*". O estilo "*field*", acrescenta o autor, o investigador observa através de uma lente experiencialmente comprometida e perceptualmente limitada ao utilizar um filtro qualitativo. A pesquisa "*Field*" é muitas vezes denominada de qualitativa.

A pesquisa qualitativa não tem qualquer desenho de pesquisa prévio.

Hussey, J. (1997) afirma que, segundo o propósito da pesquisa existem quatro principais tipos de pesquisa – Exploratório, Descritivo, Analítico e o *Predictive*. No que se refere ao tipo exploratório afirma que este é utilizado quando existem poucos ou nenhuns estudos prévios que possam ser referidos na busca da informação sobre a questão ou o problema da pesquisa. E acrescenta o autor que o âmago deste tipo de estudo será a busca de padrões, ideias ou hipóteses, mais do que, testar ou confirmar uma hipótese.

Deste modo e tendo em conta o propósito da pesquisa, poderemos classificar este estudo como um estudo exploratório, onde e como referem os autores atrás mencionados, procuraremos ideias e padrões e cujo foco será a obtenção de percepções e familiaridade com o tema em estudo para uma mais rigorosa investigação futura.

8. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Hussey, J. (1997), qualquer que seja o paradigma seguido, positivista ou fenomenológico, existirá sempre uma combinação de dados qualitativos e quantitativos a recolher e o balanço dependerá sempre dos requisitos analíticos e do propósito global da pesquisa.

Em correspondência com a nossa pesquisa, que como atrás foi dito, procuraremos ideias e padrões e o foco será a obtenção de percepções e familiaridade com o tema em estudo para uma mais rigorosa investigação futura, através da recolha de dados maioritariamente qualitativos, Hussey, J. (1997) afirma que os métodos de recolha de dados qualitativos, podem ser dispendiosos e demorados, contudo quando aplicados à pesquisa em negócios, proporcionam uma base mais real para análise e interpretação.

Após a análise das diversas técnicas de recolhas de dados aplicáveis à pesquisa exploratória, a entrevista em profundidade surge-nos como a mais recomendada.

Hussey, J. (1997), afirma que as entrevistas, com as denominações de estruturadas, não estruturadas, e semi-estruturadas, se devem aplicar de acordo com a abordagem metodológica. Assim a uma abordagem fenomenológica, sugerem a utilização da técnica de entrevista não estruturada ou semi-estruturada. Este tipo de técnica, avisam, estão associadas a um maior consumo de tempo, problemas na gravação das questões e das respostas, no controlo da abrangência dos tópicos abordados e mais tarde na análise dos dados. Contudo acrescenta que se devem utilizar perguntas abertas e se necessário sondar com o intuito de explorar as respostas com mais profundidade. Apesar das desvantagens já enumeradas pelo autore, as entrevistas permitem ao investigador, fazer perguntas mais complexas, fazer perguntas de *follow-up*, obter mais informação para além da esperada. Permitem também as entrevistas um maior grau de confiança nas respostas quando comparado com os questionários e refere ainda Hussey, J. (1997) que podemos levar em consideração a comunicação não-verbal, tal como a atitude e o comportamento dos respondentes.

Já Willis, K. (2000), no capítulo 16 do *The International Handbook of Market Research*, refere que, tal como o nome indica, o objetivo da entrevista em profundidade, tal como o “focus group”, será perceber a natureza e composição da área a pesquisar ao invés de medir o tamanho ou a forma da mesma. A chave para uma eficaz pesquisa qualitativa está na flexibilidade da abordagem. O projeto de pesquisa qualitativa tem uma natureza evolutiva e por isso é necessário que seja flexível para poder incorporar novos ensinamentos, e quando necessário modificar a abordagem da entrevista à medida que o projeto evolui.

Sobre a aplicação da técnica de recolha de dados, as entrevistas em profundidade, Malhotra (2004) afirma que o uso primário destas na pesquisa exploratória, serve para obter conhecimento e compreensão e podem ser empregues com eficácia em situações e problemas especiais como:

- ◆ Sondagem detalhada do inquirido;
- ◆ Discussão de tópicos confidenciais, sensíveis ou embaraçosos;
- ◆ Situação em que existem fortes normas sociais e o inquirido pode facilmente ser influenciado pelo grupo de inquiridos;
- ◆ Compreensão detalhada de comportamentos complexos;
- ◆ Entrevistas com profissionais
- ◆ Entrevistas com concorrentes que não estão disponíveis para revelar informação no seio de um grupo;
- ◆ Situação em que a experiência de consumo do produto é de natureza sensorial, afetando estados de humor e emoções.

Levando em consideração os autores referidos, a técnica de recolha de dados a ser adotada para este estudo exploratório será a técnica de Entrevista em profundidade.

Pretende-se com esta técnica obter análises pessoais mais aprofundadas dos especialistas. Atribuir claramente a resposta ao respondente, uma vez que a entrevista é pessoal. Conseguir uma livre troca de opiniões e informações, que serão de valor inestimável para o objeto do estudo.

9. TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DA AMOSTRAGEM

Neste trabalho de investigação, tendo em vista não só a sua aplicabilidade bem como possíveis futuros desenvolvimentos, decorrentes das suas conclusões e recomendações, a população alvo são os Administradores Hospitalares e de Equipamentos de saúde do setor público e setor privado do Sistema Nacional de Saúde.

Tendo como base a referida população, foi selecionada uma amostra para recolha de dados a incluir neste estudo.

Malhotra (2004), afirma que no caso da Pesquisa Exploratória, que utiliza método qualitativo, o tamanho da amostra é tipicamente pequeno.

Ainda com base em Malhotra (2004), a técnica de amostragem a adotar para esta investigação será a técnica de amostragem não probabilística – amostragem de julgamento.

Relativamente a esta técnica de amostragem de julgamento, Malhotra (2004) afirma que é uma forma de amostragem por conveniência em que os elementos da população são seleccionados com base no julgamento do investigador. O investigador exercendo julgamento ou perícia, escolhe os elementos a incluir na amostra, porque acredita que são representativos da população de interesse ou são de algum modo adequados.

10. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Como atrás já foi referido, a técnica de amostragem a utilizar nesta pesquisa exploratória é a técnica de amostragem não probabilística por julgamento. Malhotra (2004) afirma que o investigador, escolhe os elementos a serem incluídos na amostra com base no seu julgamento ou aplicando a sua experiência.

Tendo assim em consideração Malhotra (2004), passamos a caracterizar a amostra seleccionada, com base nos Administradores hospitalares da zona norte de Portugal, conforme tabela 14

Universo: Administradores Hospitalares = 105

Número total em exercício efetivo das suas funções em Conselhos de Administração de Equipamentos de saúde no norte do país e distribuídos por:

Hospitais; Centros Hospitalares; Unidades Locais de Saúde do SNS e nos três grupos de saúde privados – Espírito Santo Saúde; José de Mello Saúde; Grupo Trofa Saúde.

Do número total da população para propósito de pesquisa: 105

Amostra Não Probabilística de Julgamento: 6

Tabela 14 Administradores Hospitalares

Administração Regional de Saúde do Norte				
Tipo de Equipamento	Nº	Nº Unidades Hospitalares	Nº Administradores	Amostra não probabilística de Julgamento
Hospitais	4	4	19	
Centros Hospitalares	8	20	44	
ULS	3	6	15	
Grupos Privados	3	19	27	
Total		49	105	6

Fonte: Própria com base em dados do Portal da saúde.

11. MÉTODOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

À recolha de dados, será dada a preferência pelo método de gravação, sempre com o consentimento do entrevistado. Não sendo possível, será efetuado o registo transcrito da mesma. Após a recolha de dados por via das entrevistas em profundidade, estas serão transcritas na totalidade de forma a, não só conservar todos os detalhes, como garantir a manutenção do registo para posterior análise e/ou estudos subjacentes. Willis, K.(2000), afirma que a análise da entrevista em profundidade é um processo que começa logo na discussão inicial do projeto, continua no palco da entrevista até ao interrogatório final.

Na análise qualitativa da entrevista em profundidade, continua a autora, não existem formas corretas de análise. Os métodos de análise dependem de muitos fatores, do conhecimento, experiência e preferências do investigador, dos objetivos do estudo, requisitos ou necessidades dos clientes, entre muitos outros fatores.

A análise pode ser efetuada através da informação recolhida por gravação ou de forma escrita, uma vez que nenhum dos métodos se sobrepõe ao outro, contudo avisa que existe o argumento que a gravação reproduz a entrevista original de forma mais fiel. O investigador deve estar preparado para ser flexível e alterar o método de recolha se as circunstâncias assim o exigirem.

Bryman, A. (1989), refere que a pesquisa qualitativa, é em muitos aspetos e por oposição, uma estratégia que tem ganho popularidade desde os anos setenta pelo menos e em parte como resultado de alguma desilusão com a pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa não é simplesmente uma pesquisa quantitativa sem números, clarifica o autor, mas antes, representa um conjunto bastante diferente das crenças sobre como as organizações e seus habitantes devem ser estudadas. Mais adiante o autor apresenta os seus pontos de vista afirmando que nem faz sentido descrever a pesquisa quantitativa como científica nem a qualitativa como não científica. Acontece que muitos pesquisadores quantitativos têm procurado expor as armadilhas das ciências naturais no seu trabalho, contudo dois argumentos devem ser registados, continua o autor, um é que existe uma discussão considerável acerca do que é

constituída uma ciência e muitos recusam a atribuição do título de ciência à pesquisa quantitativa, outro argumento é que no mundo atual, rotular alguma coisa de não científico, pressupõe a ausência de rigor, objetividade e de confiança; o facto é que nenhuma destas três características pode ser sem ambiguidade, atribuídas à pesquisa qualitativa, e de facto alguma pesquisa quantitativa apresenta carências nestes três atributos, remata o autor.

A técnica a utilizar na análise e interpretação de dados, será a de análise de conteúdo e sempre confinada ao conteúdo e comportamentos nas respostas dos inquiridos. Como refere Lopes, J. (2010), a análise e interpretação da informação recolhida tem como base a análise de conteúdo e como tal deverá ser sempre aprofundada e intensiva do seu conteúdo, visando uma interpretação correta das opiniões.

Adiante o autor adverte que o investigador de uma pesquisa qualitativa deverá ter ou adquirir capacidade comunicacional e social e que esta competência implica algumas características como:

- ◆ Saber ouvir e saber interagir com público-alvo;
- ◆ Ter boa memória de curto prazo;
- ◆ Saber comunicar as informações recolhidas de uma forma clara, concisa e objectiva;
- ◆ Ter boa aptidão conceptual;
- ◆ Ter ou estar apto a cultivar uma mentalidade de serviços.

Como última característica, o autor refere a sua importância e imprescindibilidade salientando a orientação e preparação adequada ao pragmatismo do entendimento do marketing reafirmando a necessidade obrigatória de conhecimentos fundamentados e consistentes de marketing e das metodologias de investigação aplicáveis.

Como princípio básico e fundamentos, Lopes, J (2010), afirma que a pesquisa qualitativa procura o significado dos fenómenos estudados ou a explicação de situações observadas ao que acrescenta ser conceito de compreensão. Como tal o investigador tenta compreender os sentidos das informações recolhidas tentando colocar-se na perspectiva do interlocutor e penetrar na sua mentalidade.

Já Bardin (1991), afirma que a análise de conteúdo usa procedimentos sistemáticos na obtenção de indicadores conseguindo assim uma dedução lógica dos conteúdos. Afirma de igual modo que recorrendo à característica de inferência da análise de conteúdo, torna possível descortinar o que está para além das palavras. É este um dos motivos porque é possível nas entrevistas em profundidade, obter um elevado número de informação.

Aaker, D. et al (2001), sobre a técnica de análise de conteúdo, afirma ser uma técnica de observação usada para analisar unidades de material escrito por meio de regras cuidadosamente aplicadas e que se define como descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto de uma unidade de comunicação. A unidade de análise pode ser palavras, caracteres, temas, medidas de tempo e espaço ou tópicos. São assim desenvolvidas categorias analíticas para a classificação das unidades e a comunicação é fracionada de acordo com as regras previstas.

Através da análise por temas utilizando concomitantemente um processo dinâmico e indutivo será mais evidente a mensagem explícita do entrevistado assim como o descortinar do que está para além das palavras – sentidos e significados.

11.1. Recolha e tratamento de dados

O método de recolha de dados escolhido para este estudo, é o método de Entrevista Semiestruturada.

Flick (2004), refere que nos Estados Unidos e nos períodos mais antigos da pesquisa qualitativa, a discussão metodológica girou em torno da observação. As entrevistas semiestruturadas em particular tem vindo a ser amplamente utilizadas e o seu interesse provem da expectativa que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos numa entrevista com planeamento relativamente aberto do que em entrevista padronizada ou questionário.

Algumas desvantagens podem ser enumeradas no que concerne a este método, por um lado o tempo a disponibilizar para a entrevista, por outro uma vez que a área de discussão é em parte critério do entrevistador e por isso o sucesso da pesquisa fica dependente das capacidades deste; por ultimo ainda, uma outra desvantagem

decorrente do facto da necessidade do registo quer das reações superficiais quer das motivações subconscientes do inquirido, afirma Zikmund (1994)

Googyear, M. (2000), referente á Pesquisa Qualitativa e particularmente sobre a recolha de dados – entrevista, afirma que no caso da pesquisa qualitativa embora exista um guião de entrevista, as respostas do inquirido ditam o caminho a percorrer. A entrevista é interativa e assemelha-se a uma conversa, em que o entrevistador e respondente interagem e discutem os tópicos à medida que estes afloram à discussão. O entrevistador qualitativo tem papel multifacetado, deve criar uma atmosfera propicia à discussão, guiar o respondente através de todos os tópicos que necessitam ser discutidos, perseguir os desvios ao guião se estes parecerem relevantes, sondar as áreas onde alguma coisa ficou por dizer, e do principio ao fim, permitir que o respondente fale livremente, usando as suas palavras e os seu próprios parâmetros.

O autor lembra que na pesquisa quantitativa o questionário é rei; na pesquisa qualitativa o inquirido dita as regras. Apesar das diferenças, algumas regras são similares no que diz respeito ao modo como as perguntas devem ser expostas e refere alguns princípios básicos a aplicar:

- ✦ Não fazer perguntas ambíguas;
- ✦ Fazer perguntas que contenham o mínimo de informação;
- ✦ Fazer pergunta de forma a levar o respondente a acreditar que existem formas corretas ou incorretas de responder.

Já Gil,A (2008), diz poder definir-se entrevista como *“a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”*. E complementa dizendo que se trata de uma interação social, uma forma de diálogo assimétrico em que uma das partes procura coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Quanto às vantagens e limitações da entrevista o autor salienta, por um lado que a entrevista possibilita a obtenção de dados dos mais variados aspetos da vida social; que é técnica eficiente na obtenção de dados em profundidade sobre comportamento humano; e os dados obtidos são suscetíveis de classificação e quantificação. Quando

comparada com questionário apresenta ainda outras vantagens, como, não exige que o entrevistado saiba ler; obtenção de maior número de respostas, uma vez que é mais fácil deixar de responder a um questionário; maior flexibilidade, já que entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se às pessoas e circunstâncias; possibilita captar expressão corporal, tonalidade da voz e ênfase nas respostas do entrevistado.

Já no que diz respeito às desvantagens, o autor foca: falta de motivação do entrevistado para responder às perguntas; inadequada compreensão do significado das perguntas; fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões de conscientes ou inconscientes; inabilidade ou incapacidade do entrevistado para responder adequadamente; influência do aspeto do entrevistador sobre o entrevistado; influência das opiniões do entrevistador sobre as respostas do entrevistado e custo com a formação de pessoal e aplicação das entrevistas.

No que diz respeito à classificação ou nível de entrevista o autor salienta quatro tipos diferentes e que vão no sentido das menos estruturadas para as mais estruturadas: a Informal; a Focalizada; por Pautas; a Estruturada.

A entrevista Informal e ainda segundo Gil, A (2008) é a recomendada nos estudos exploratórios que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou oferecer uma visão que se aproxime do problema pesquisado. Salienta ainda que neste tipo de estudos recorre-se com frequência a entrevistas com inquiridos-chave, que podem ser especialistas no tema em estudo, líderes formais ou informais, personalidades destacadas.

De acordo com os autores citados, e para o estudo em causa, será aplicada a técnica de entrevista informal e semiestruturada.

11.2. Preparação do Guião de Entrevista

Na entrevista Informal e segundo Gil, A (2008), basta definir os tópicos de interesse, ficando o seu desenvolvimento por conta do entrevistador.

Contudo para uma melhor condução, fluidez e lógica na discussão dos tópicos, assim como preparação de alternativas para aprofundamentos de tópicos, será elaborado um guião de entrevista que servirá de orientação geral, sendo que perguntas adicionais visando o aprofundamento da discussão, e o esclarecimento de dúvidas relativas às questões em pesquisa poderão ser efetuadas.

Algumas regras deverão ser tidas em consideração segundo Gil, A (2008):

- ◆ Tempo a despendar na entrevista; Local e circunstâncias e como proceder em caso de recusa;
- ◆ Questões devem ser elaboradas de forma a possibilitar o seu entendimento pelo entrevistado. Incluir expressões que indicam transição entre questões como por exemplo “ *Por favor diga-me...*”, “*Estamos interessados em saber...*”, “ *Agora gostaria que me dissesse...*”;
- ◆ Questões potencialmente ameaçadoras devem ser elaboradas de forma a permitir que entrevistado responda sem constrangimentos;
- ◆ Questões abertas devem ser evitadas, uma vez que o entrevistador necessita de tomar notas e como o tempo é restrito poderá ser elevado o grau de mudança de significado e/ou ênfase, entre o que o entrevistado diz e o entrevistador regista;
- ◆ As questões devem ser ordenadas de forma a favorecer rápido compromisso do entrevistado e manutenção do seu interesse.

O autor também sugere algumas técnicas no sentido de obter resposta mais completa. Nesse caso para estimular uma resposta mais precisa sem prejudicar o padrão, como por exemplo: “ Poderia contar um pouco mais a respeito...” ou “ Qual a causa no seu entender...” ou ainda “ Qual a sua ideia em relação a este ponto...”

Não podemos de igual forma esquecer que se torna importante a manutenção do foco da entrevista, a atitude perante questões delicadas como comportamento sexual, desemprego, uso de drogas, problemas financeiros e outros que o autor refere.

No que concerne ao registo das respostas, o autor refere que o uso do gravador é a forma mais adequada de preservar o conteúdo da entrevista, mas torna-se

importante ressaltar que o uso do gravador só poderá ser feito com o consentimento do entrevistado e que o uso disfarçado deste recurso constitui uma infração ética injustificável.

Para o fecho da entrevista o autor refere que, quer por razões éticas, quer razões técnicas o fecho da entrevista deve decorrer em clima de cordialidade, não só porque o entrevistado fornece informações sem receber qualquer vantagem mas também, por via de eventual necessidade de entrevistas posteriores.

11.3. Questões do Guião de Entrevista

De todas as consultas de literatura efetuadas para a revisão de literatura deste estudo, não foram encontrados registos de qualquer técnica de entrevista adaptado às necessidades do estudo em causa.

A maior parte dos estudos encontrados, centram-se em revisões de literatura, consulta de sítios na internet e utilização na sua principal vertente, de dados secundários nomeadamente estatísticos de organismos de turismo e saúde.

Uma vez que o conceito de turismo médico abordado de forma sustentada, em Portugal, é ainda muito insípido, e que todas as recomendações e ações parecem estar voltadas para o que denominamos de turismo de saúde e bem-estar, a opção pela elaboração de questões abertas sobre o tema de turismo de médico a colocar a conceituados especialistas de gestão hospitalar, pareceu ser uma abordagem diferente, inovadora, e que terá como principal vantagem, contribuir para a discussão, promoção e motivação para posteriores estudos aprofundados sobre o tema, turismo médico.

Desta forma, na tabela 15, apresentamos o tipo questões em causa e o seu objetivo.

Tabela 15: Questões da Entrevista

TIPO DE QUESTÃO	QUESTÃO	OBJETIVO
INICIAL 1	Sendo este um hospital elogiado e referenciado como exemplo de boas práticas de gestão e inovadoras, quais os maiores desafios enfrentados nos últimos 2 anos e que prevê para o futuro próximo?	Quebrar Gelo
TRANSIÇÃO 2	Como enquadra o seu hospital, no que se refere ao índice de produtividade em número de cirurgias? Quais as especialidades cirúrgicas mais produtivas?	Genérica sobre produção e produtos.
CENTRAL 3	Como encara a possibilidade de receber/captar doentes do estrangeiro?	Foco no problema
CENTRAL 4	Vê possibilidade do turismo médico ser uma oportunidade de negócio?	Gerar discussão
CENTRAL 5	Tendo em consideração o portefólio de produtos de hospital: Que produto(s) selecionava para vender no estrangeiro? Que fator(es) competitivos destaca nesse(s) produto(s)	Foco no produto
CENTRAL 6	Que público-alvo selecionava para o(s) produto(s)	Segmentação
CENTRAL 7	No desenho do produto(s)/serviço(s), como encara a hipótese de parcerias com outros stakeholders? Quais?	Place/Promotion
CENTRAL 8	O preço é o único fator competitivo? R: Discordo totalmente; Discordo ;Não concordo nem discordo; Concordo; Concordo totalmente.	Preço
CENTRAL 9	Que preço poderá praticar nos seguintes atos cirúrgicos? Cirurgia da Anca (prótese) : 5.000€ A 7.500€; 7.500€ A 10.000€ OU MAIS 10.000€ Cirurgia do Joelho (prótese): 5.000€ A 7.500€; 7.500€ A 10.000€ OU MAIS 10.000€ Fixação vertebral.....: 5.000€ A 7.500€; 7.500€ A 10.000€ OU MAIS 10.000€ Histerectomia.....: 2.000€ A 3.000€; 3.000€ A 5.000€ OU MAIS 5.000€	Preço
CENTRAL 10	Que futuro vislumbra para o negócio do turismo médico no norte de Portugal? Que recomendações daria?	Recomendações

Fonte: Própria

As questões colocadas, são na quase totalidade de tipo abertas. Gil, A (2008) afirma que a principal vantagem das questões abertas é a de não forçar o respondente a enquadrar a sua perceção em alternativas preestabelecidas

11.4. Pré-Teste do Questionário

De acordo com Gil, A. (2008), após a redacção do questionário, este deverá passar por uma prova preliminar que normalmente se designa por pré-teste e cuja finalidade

será pôr em evidência possíveis falhas na redacção do questionário tais como a complexidade das questões; imprecisão das questões; questões desnecessárias; constrangimentos ao informante entre outras. Já Aaker *et al* (2004), referia que o principal objetivo do pré-teste é a correcção de deficiências no instrumento de recolha de dados e que este contenha as características e critérios necessários para que os objectivos da pesquisa possam ser alcançados.

De acordo com os autores, realizamos um pré-teste ao instrumento de recolha de dados, tendo sido efectuada uma entrevista informal semiestruturada a um dos elementos da amostra.

Recordamos a caracterização da amostra, atrás evidenciada:

Universo: Administradores hospitalares = 105

Número total em exercício efetivo das suas funções em Conselhos de Administração de equipamentos de saúde no Norte do País e distribuídos por:

Hospitais; Centros Hospitalares; Unidades Locais de Saúde do SNS e nos três grupos de saúde privados – Espírito Santo Saúde; José de Mello Saúde; Grupo Trofa Saúde

Deste modo, entrevistamos um Administrador Hospitalar em funções, de um Centro Hospitalar EPE, do Norte do País, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde e que faz parte do sector público da Saúde do Estado Português.

A entrevista foi conduzida no gabinete de trabalho do entrevistado, com uma duração de aproximadamente 60 minutos. A entrevista foi contínua e fluida uma vez que em fase alguma foi interrompida.

11.5. Proposições

Preposição 1: De que forma os 4P's do Marketing-Mix são valorizados/ perspectivados nos sectores público e privado da saúde tendo em vista o fenómeno do turismo médico?"

Preposição 2: "De que forma a conjuntura económica afectam as decisões de gestão na saúde nos dois sectores, público e privado?"

11.6. Validação do Guião da Entrevista

A entrevista realizada, com base no guião atrás apresentado, permitiu verificar se as questões são adequadas à recolha de dados e informações, de forma a responderem às proposições desta pesquisa.

Analisaremos agora as respostas a cada uma das perguntas e no final, conjuntamente com as proposições, concluiremos da sua aplicabilidade de acordo com os objectivos.

P1: Sendo este um hospital elogiado e referenciado como exemplo de boas práticas de gestão e inovadoras, quais os maiores desafios enfrentados nos últimos 2 anos e que prevê para o futuro próximo? (Criação Empatia – quebrar gelo)

A resposta a esta pergunta, permitiu-nos concluir objetivamente, quais os verdadeiros desafios recentes e que se prevêem para um futuro próximo.

Cumpriu com os objectivos pretendidos de desbloqueio de conversa, “criação empatia – “quebrar gelo”

P2: Como enquadra o seu hospital, no que se refere ao índice de produtividade em número de cirurgias?

Quais as especialidades cirúrgicas mais produtivas?

A resposta permitiu perceber a real filosofia de gestão dos Hospitais do SNS, e quais as cirurgias mais produtivas, logo de maior potencial. Cumpriu com os objectivos.

P3: Como encara a possibilidade de receber/captar doentes do estrangeiro?

Percebemos as diferentes atitudes em cada um dos mercados, o público e o privado.

P4: Vê possibilidade do turismo médico ser uma oportunidade de negócio?

A resposta permite perceber que existem dois cenários diferentes. No mercado privado, para além de ser considerado uma oportunidade, deve até ser uma política a seguir. No mercado público do SNS, para ser encarado com futuro, será necessário investimento, resolução listas de espera, formas de pagamento a profissionais.

P5: Tendo em consideração o portefólio de produtos de hospital:

Que produto(s) seleccionava para vender no estrangeiro?

Que fator(es) competitivo(s) destaca nesse(s) produto(s)? (Foco no Product – 4P's)

Permitiu esclarecer algumas especialidades específicas do hospital em questão: oftalmologia, neurocirurgia, ortopedia.

P6: Que público-alvo selecionava para o(s) produto(s)? (Segmentação/Place/Promotion – 4P's)

A resposta salienta a opção pela europa, através de promoção independente com formação de departamento Marketing para gerir e comunicar e outras opções. Cumpru com os objectivos.

P7: No desenho do produto(s)/serviço(s), como encara a hipótese de parcerias com outros stakeholders? Quais? (Place/Promotion-4P's)

Permitiu constatar que parcerias com *stakeholders*, são bem-vindas, bem como com agências de viagens, Grupos internacionais de saúde. Recordou a tarefa da AICEP em âmbitos diferentes.

P8: O preço é o único factor competitivo? (Price- 4P's)
(De Discordo Totalmente a Concordo Totalmente)

A resposta permitiu com objectividade perceber se o preço é factor competitivo.

P9: Que preço poderá praticar nos seguintes atos cirúrgicos?

Cirurgia da Anca(Prótese) : 1) 5.000 a 7.500€ ; 2) 7.500 a 10.000€; 3) Mais de 10.000€

Cirurgia do Joelho (Prótese): 1)5.000 a 7.500€ ; 2) 7.500 a 10.000€; 3) Mais de 10.000€

Fixação Vertebral: 1)5.000 a 7.500€ ; 2) 7.500 a 10.000€; 3) Mais de 10.000€

Histerectomia: 1) 2.000 a 3.000€; 2) 3.000€ a 5.000€ 3) Mais de 5.000€

A resposta permitiu obter dados objectivos e assim cumpriu com pretendido

P10: Que futuro vislumbra para o negócio do turismo médico no norte de Portugal? Que recomendações daria? (Recomendações futuras).

A resposta aponta-nos alguns factos a considerar, como: o investimento; eliminação das listas de espera em especialidades alvo e onde é possível acabar com as mesmas, e onde somos competitivos. Assim a pergunta correspondeu ao pretendido.

12. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo é constituído por dois subtítulos que, no seu conjunto, apresentam a descrição e interpretação dos dados recolhidos.

Os resultados do estudo serão apresentados no enquadramento e orientados pelas hipóteses anteriormente definidas e de forma sustentada.

Como referido anteriormente, a análise deste estudo foi suportada através da técnica de análise de conteúdo das respostas recolhidas aos entrevistados às questões apresentadas no guião que suportou a condução das entrevistas.

12.1. Dimensões em Análise

Como objetivo, o estudo exploratório pretende analisar através das respostas dos entrevistados, as seguintes dimensões:

- ♦ **Marketing Mix - 4P's** (Product; Price; Placement e Promotion);
- ♦ **Desafios enfrentados e a enfrentar** nos dois últimos anos e futuros;
- ♦ **Recomendações** para uma implementação do negócio.

Estas dimensões são enquadradas no âmbito do estudo, Turismo Médico, uma oportunidade para o Norte de Portugal.

Na figura 3, apresentamos um enquadramento do marketing mix com base em Kotler (2000).

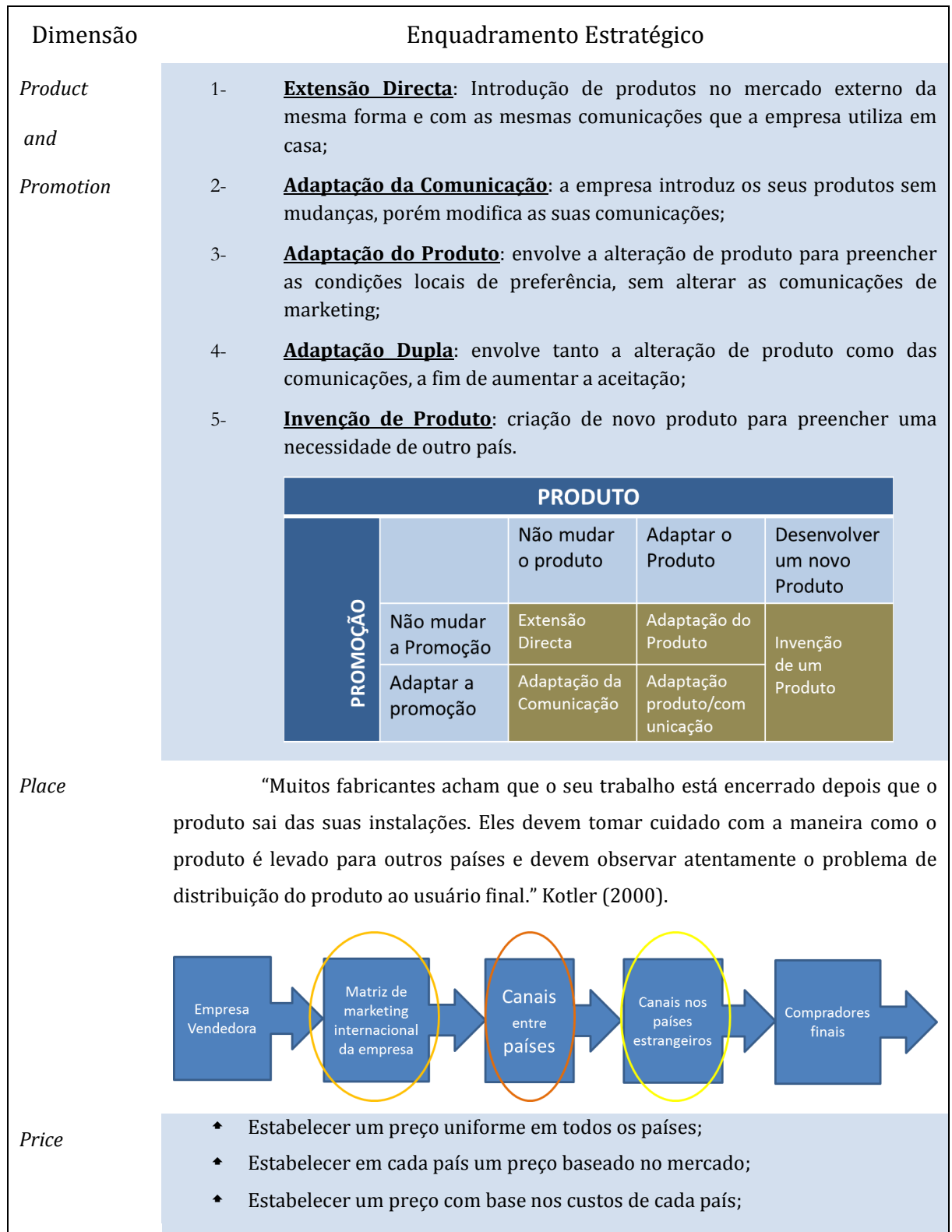


Figura 3: Cinco Estratégias Internacionais de Produto e Promoção e Conceito Canal Total

Fonte: Adaptado Kotler (2000)

13. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

SETOR PÚBLICO

P1: Sendo este um hospital elogiado e referenciado como exemplo de boas práticas de gestão e inovadoras, quais os maiores desafios enfrentados nos últimos 2 anos e que prevê para o futuro próximo? (Criação empatia – quebrar gelo)

A: *“Foram claramente as restrições orçamentais que foram impostas. Dizem respeito não só à despesa com bens e serviços, equipamentos, renovação de instalações, na contratação médica e modo de gestão dos R.H.*

“... houve uma diminuição dos valores que recebemos com a contratualização e portanto temos uma pressão maior para fazer mais,

“... para 2014 a tendência será a mesma, mais cortes, zero investimento, mais pressão.”

B: *“...tem havido um desafio enorme que foi conseguir acomodar e aí sim nos últimos 2 anos e meio 3 anos acomodar uma redução de financiamento que ultrapassa os Vinte Milhões de euros.”*

“...Sim, estou-lhe a dizer que se fossemos a 3, 4 anos, tinha reduzido em 30Mlh Quando cá cheguei em 2008 o meu orçamento para a ULS era de cerca 130 mlh€, neste momento está em 94 mlh€, está a ver que foram 36 mlh€.”

“Aconteceram várias coisas, uma, redução efectiva do financiamento do estado, para aí em 20 mlh€, depois redução efectiva do financiamento que vinha pela ADSE, redução efectiva pelo ministério da justiça,

“... Bom eu diria que nessa altura nós geríamos, tentando manter um equilíbrio da gestão operacional, portanto olhava para os proveitos futuros, olhava para as despesas presentes e futuras, hoje é bem certo o que diz e hoje o SNS hoje está gerido só e apenas do lado da despesa.”

“... O grande desafio é esse, é fazer coisas maiores com as pessoas que temos.

C: *“Nos últimos dois anos foi, foi não, foram os cortes na saúde que neste caso implicaram cortes nos orçamentos do hospital...”*

“... no fundo o que se pretende, o que pretende a tutela é que se faça o mesmo ou mais com menos dinheiro.”

“ Os desafios são enormes e, o que se pretende é manter ou melhorar a performance ao nível dos cuidados prestados, com menor custo, com menor financiamento...”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 1

As respostas dos respondentes A; B e C foram coincidentes e objectivas, tendo estes identificado como maior desafio os cortes orçamentais impostos pelo orçamento de estado, com reflexo na aquisição de bens e serviços e investimento em equipamento e renovação de instalações, da contratação médica e a exigência de manutenção dos níveis de cuidados de saúde prestados às populações. Para o futuro próximo, os respondentes de igual forma, elegeram a continuidade desta política da Administração Central como o desafio futuro mais importante.

P2: Como enquadra o seu hospital, no que se refere ao índice de produtividade em número de cirurgias?

Quais as especialidades cirúrgicas mais produtivas?(Foco na Produção)

A: “Em relação aqui ao Hospital as áreas de maior produção são, logo em primeiro lugar a Oftalmologia, depois a Neurocirurgia e a Cirurgia Ortopédica...”

B: “... a oftalmologia, não na cirurgia convencional mas na cirurgia de ambulatório. A oftalmologia como vê (aponta para ficheiro de computador) tem aqui logo à cabeça, das 2900 cirurgias que já fez o departamento em ambulatório, 1700 são da oftalmologia, depois temos a seguir à oftalmologia temos a cirurgia (referindo-se à especialidade de cirurgia geral) com 576, a seguir virá a Ginecologia depois ORL, Ortopedia e Urologia,

C “... é fácil responder, pois à cabeça temos logo a Oftalmologia, como sabe as intervenções como as cataratas, as mais frequentes, são rápidas e por isso podemos fazer em grande número, depois, Cirurgia geral, segue-se a Ortopedia e Urologia

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 2

Foi possível concluir que a especialidade com maior produtividade destacada, e de forma transversal, é a Oftalmologia.

A cirurgia ortopédica é referida como das de maior produtividade nos três respondentes e a urologia em dois dos três respondentes.

Dois dos respondentes mencionaram a medicina física de reabilitação como potencial a explorar até no âmbito nacional.

P3: Como encara a possibilidade de receber/captar doentes do estrangeiro? (Foco no Problema)

A: “Encaro bem e mais posso dizer que no caso dos privados terão que ir por aí.”

“... aqui a questão é se há hospitais públicos que têm excesso de produção nessa área, têm capacidade instalada que não estão a aproveitar, têm os recursos e é evidente que isto traz uma receita para o hospital e para o país, acho que se podia perfeitamente avançar.”

“... eu acho que fazia sentido investir para se resolver rapidamente os problemas que temos, é custos em termos financeiros mas, julgo que com a capacidade que temos instalada, investindo na redução das filas de espera, alterando modelos de pagamento dos actos médicos aos profissionais, mudando o modelo de financiamento dos hospitais, criaríamos condições para rentabilizar todo o potencial físico que existe dentro dos hospitais...”

“... se por exemplo eu resolver o problema das listas de espera das cirurgias de banda gástrica se calhar consigo libertar naquela área, para ir buscar doentes fora...”

“... não é preciso acabar com todas as listas de espera

“... não é equitativo promover para todas as especialidades o turismo de saúde, mas não me parece que prejudique ninguém, numa área, aceitar doentes”

B: *“Pois eu encaro isso muito naturalmente e bem...”*

“... do ponto de vista programado, não recebemos mas eu gostava muito de receber, aliás enfim, tenho aqui uma ala aqui no hospital, que é a nossa ala que está preparada para aumentos na área da referência do hospital eventuais que venham a haver ou para isso, para a ideia de quartos particulares.”

“...O que é que está associado aos doentes estrangeiros, é assim, é que tem interesse para nós, nós Portugal tem uma capacidade instalada muito grande e superior ao que é necessário, é uma maneira de hoje numa altura em que nós, as receitas do orçamento de estado baixaram muito, nós conseguirmos compensar isso

“.... O que eu acho que não é aceitável é confundir isto, pelo que ou tenho um quadro de administrativos auxiliares e enfermeiros fixos, ou que podem ser pessoas que trabalham no hospital mas vão para ali fora das horas de trabalho e os médicos não podem fazer operação e depois andarem a visita-lo no outro dia nas horas de trabalho a visitar os privados. O hospital tinha uma empresa com 100% de capitais seus e explorar esse negócio, ser uma unidade de negócio e dá-nos uma jeitão enorme.”

C: *“Assim, sem pensar na viabilidade de implementação, posso dizer que obviamente encaro de forma positiva,*

“... para os privados acho que deve ser, bem nalguns já começam a ser uma saída para conseguir obter receitas.”

“... à parte de obrigar a uma reorganização, acho, tenho a certeza que em alguns casos temos hipóteses de fazer turismo médico, quero dizer em algumas áreas médicas, como disse antes a oftalmologia seria e ortopedia, seriam os mais fáceis.”

“... mas, aliás já está a ser formado um grupo para ver essa coisa do turismo médico e a mim parece que faz sentido, afinal outros países já o fazem.”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 3

Todos os respondentes, encaram a recepção / captação de doentes estrangeiros de forma muito positiva. Foi unanime a menção ao potencial de receita extra; a capacidade instalada dos hospitais do sector público. Um dos entrevistados, afirmou mesmo ter local para poder explorar novas áreas, como por exemplo os quartos particulares. De forma consistente, podemos concluir que existem alguns ajustes necessários e que seriam, segundo os respondentes, da responsabilidade do estado, como por exemplo: a resolução das listas de espera não necessariamente na totalidade mas em especialidades alvo; alteração da legislação que permita que os hospitais públicos pudessem participar/criar sociedades privada; alteração de lei que permita a diferenciação de pagamento de actos médicos privados no âmbito do hospital público; uma definição por parte do estado que permita sustentação de um negócio deste tipo.

P4: Vê possibilidade do turismo médico ser uma oportunidade de negócio? Gerar Discussão)

A: *"...Como alguns países já fazem, encaro obviamente como uma oportunidade."*

"... criar as condições para poder atrair as pessoas de fora e fazer dentro do sns aquilo que estávamos a falar no principio, que é o público e o privado,

Não há muitos países na nossa situação eu julgo que o modelo que predomina na europa é uma contribuição pública e uma contribuição também para o privado é um co-pagamento misto publico e privado,

B: *Claro que há aqui um mercado grande de estrangeiros fora da União Europeia, estou a falar dos PALOP, mas também estou a falar da Rússia, estou a falar de países com necessidades, o Iraque a Líbia, muitos países que tiveram guerras, que tem problemas pós traumáticos para resolver e que têm dinheiro, mas enfim há aqui algumas questões de pormenor, eu espero que com a nomeação do novo responsável para esta área do ministério isso se resolva, que é o quê?*

Por um lado tem que ser possível aos hospitais para estar neste negócio, das duas uma, ou eles encontrarem um broker no mercado a quem cedem direitos de exploração de relacionamento com estas seguradoras, mas depois também temos que resolver um problema interno, que é o exercício de uma medicina, como é que vamos fazer, eu trago para cá doentes da Rússia eu vou ter evidentemente que os tratar com uma atenção diferente se os quero captar..."

C: *" Como já anteriormente disse, para mim é com certeza encarado como uma oportunidade que deve ser no mínimo discutida e trabalhada."*

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 4

Todos os respondentes identificaram o turismo médico como uma oportunidade de negócio. Contudo, identificaram alguns problemas a ultrapassar para os quais só a intervenção do estado poderá resolver, o modelo de financiamento público-privado e a nomeação de responsável para estudo deste assunto.

P5: Tendo em consideração o portefólio de produtos de hospital: Que produto(s) selecionava para vender no estrangeiro? Que fator(es) competitivos destaca nesse(s) produto(s) (Foco no Produto)

A: *“E relação ao hospital, eu não tinha duvida nenhuma que iríamos tentar vender tudo o que fosse de valor acrescentado, Neurocirurgia, Cirurgia ortopédica, acho que também temos condições para ser um centro oftalmológico muito forte, A nível mais alargado passaria pela Medicina Física de Reabilitação e poderá ser explorada a nível Nacional...”*

“As vantagens competitivas passavam não só pela qualidade do serviço, mas também pela qualidade do tratamento e da estadia no país, eu acho que estando no Porto, nesta zona é possível conjugar as duas situações. Um serviço de qualidade em áreas complexas.

B: *“... nós não podemos esquecer-nos que há aqui um trabalho a fazer também de promoção disto, porque a marca Portugal lá fora, não é uma marca que esteja associada á qualidade da medicina e isso é um trabalho que há para fazer, depois cá dentro, eu gostaria de estar evidentemente naquelas áreas onde acho que fazemos coisas extraordinárias, seria as áreas de ortopedia, nós temos um extraordinário serviço de ortopedia a área cirúrgica, urologia otorrino...”*

“Eu penso que a área que se podia desenvolver muito em Portugal era a área da medicina física e reabilitação... é uma coisa que é muito de ambulatório e de facto conjugar aqui as férias com o lazer.”

C: *“Bem, nesses termos, teria que pensar melhor, mas talvez a Oftalmologia, Otorrino, Plástica e Ortopedia. Mas teria que ter mais dados, pensar melhor, mas não fugiria muito disto. Temos bons profissionais, alguns de renome e por isso talvez seja mais fácil.”*

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 5

De forma unânime sobressai a oftalmologia como produto mais consensual para promover. A par desta, a cirurgia ortopédica otorrino e cirurgia plástica. Foi salientado o papel que medicina física de reabilitação pode ter. Quanto a fatores competitivos, mencionaram em primeiro lugar a qualidade do serviço, seguida do clima do país e da atratividade da zona turística – Porto.

P6: Que público-alvo selecionava para o(s) produto(s)? (segmentação/place/promotion)

A: *“Se o Hospital tivesse autonomia para desenvolver áreas, área de marketing, eu julgo que passaria por criar uma estrutura interna que tivesse capacidade para promover o produto fora e essa estrutura seria, deveria ser a responsável por identificar os públicos. Mas acho que deveríamos começar pela europa.”*

B: “Eu aí não tenho dúvidas, as companhias de seguros, alguns hospitais por exemplo da Alemanha, da Suécia, bem antes teríamos que estudar um pouco o mercado e aí alguns parceiros podem dar uma ajuda grande com a informação que já tem ou possam vir a ter, o Healthcluster e outros.”

C: “ Bem esta é mais fácil, eu acho que deveríamos deixar essa decisão para o resultado de algum estudo, as agências de viagens, os grupos que já estão a trabalhar e outros sectores que estão a estudar o assunto....o norte da europa seria talvez alvo, mas como disse devem ser os especialistas a tomar essas decisões.”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 6

Saliento nas respostas dos três respondentes duas atitudes importantes e unânimes; uma que a decisão deveria ser tomada com base em estudo prévio e por especialistas, (leia-se gestores de marketing) e (HCP-Healthcluster). Sendo que um respondente avançou com a sugestão da criação de uma área de negócio no hospital, área de Gestão de Marketing. Contudo todos sugeriram a europa ou países do norte da europa, como alvo.

P7: No desenho do produto(s)/serviço(s), como encara a hipótese de parcerias com outros stakeholders? (Place/Promotion)

A: “ O tal gabinete de marketing de que falava, deveria identificar as pessoas chave e stakeholders que necessitam de ser influenciados...”

“... muitos desses players que podem trazer retorno fundamental são os agrupamentos, seguradoras, mútuas que vão tentar dar à pessoa o melhor cuidado possível... mas isto numa lógica de massificação, mas depois tínhamos que ser capazes de chegar mais fino, chegar mais perto das populações.

“... acho que com grupos que já fazem isto, nomeadamente agencias de viagens, grupos de saúde que estivessem implantados no estrangeiro....

B: Sim sim, agências de viagens, companhias de seguros. ou é assim ou com acordos inter-países e coisas muito formais e institucionais

C: “... os operadores de turismo tem obviamente o Know-how, as seguradoras, grupos de saúde, teremos que nos aproximar e tentar trabalhar em conjunto.”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 7

Todos os respondentes foram unânimes em afirmar que encaravam de forma positiva, parcerias com outros *stakeholders*, tendo dois afirmado que seria até necessário que isso acontecesse.

Nomearam como *stakeholders* principais: agências de viagens; seguradoras; mútuas; grupos de saúde com experiência.

Um respondente sugeriu que sem estas parcerias, só com acordos formais ou institucionais inter países.

P8: O preço é o único factor competitivo? (Foco no preço)

De Discordo Totalmente a Concordo Totalmente

A: Discordo B: Discordo C: Discordo

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 8

Todos os respondentes apontaram a resposta: Discordo

P9: Que preço poderá praticar nos seguintes actos cirúrgicos?

♦ Cirurgia da Anca(Prótese) :	1) 5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Cirurgia do Joelho (Prótese)	1)5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Fixação Vertebral:	1)5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Histerectomia:	1) 2.000 a 3.000€	♦ 2) 3.000€ A 5.000€	♦ 3) Mais de 5.000€

A: Prótese Anca; Prótese Joelho e Fixação Vertebral = 2) 7.500 a 10.000€ : Histerectomia = 2) 3.000€ a 5.000€

B: Prótese Anca; Prótese Joelho e Fixação Vertebral = 2) 7.500 a 10.000€ : Histerectomia = 2) 3.000€ a 5.000€

C: Prótese Anca; Prótese Joelho e Fixação Vertebral = 2) 7.500 a 10.000€ : Histerectomia = 2) 3.000€ a 5.000€

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 9

Todos os respondentes, para todos os atos cirúrgicos identificados, apontaram o intervalo 2.

Prótese Anca; Prótese Joelho e Fixação Vertebral = 2- 7.500 a 10.000€ :Histerectomia = 2 – 3.000€ a 5.000€

P10: Que futuro vislumbra para o negócio do turismo médico no norte de Portugal? Que recomendações daria?

A: A saúde tem que ser encarada como um potencial de receita e não apenas como despesa, não se consegue pensar num projecto destes sem se perceber que primeiro temos que gastar dinheiro para resolver problemas internos, eliminar listas de espera ... fazer no sns o público e o privado, alterando, o modelo de financiamento dos hospitais, modelo de pagamento dos actos médicos aos profissionais. Resolver os problemas tem custos mas, criaríamos as condições

B: “A nível de macro, sugeria era que houvesse uma estratégia nacional, essa estratégia nacional teria que ter os stakeholders, que fosse chapéu. Depois tem que haver no meio disto tudo um organismo executivo, que pode ser o healthcluster ou outro organismo criado para o efeito. Eu acredito nesse chapéu regulamentado e acredito muito na liberdade, eu acredito que este hospital pode fazer perfeitamente um acordo com um hospital alemão que recebe muitos turistas russos e que vem cá confia na minha medicina. Confio muito na iniciativa de cada uma das instituições e que o estado deve é criar as condições para que se possa agir do ponto de vista da legalidade e potenciar o negócio e depois os privados terão outro caminho, os públicos terão outro caminho”

“Os privados tem evidentemente uma responsabilidade grande nesta áreas porque, não têm lista de espera e por isso tem capacidade de criar estratégias mais bem estruturadas e ir para esses mercados, o publico não é bem esse, nós no publico devíamos criar estratégias apenas para, enfim para aumentar a nossa eficiência económico financeira isto é, não pode fazer isso porque tem deveres a cumprir com a população que serve noutras, ..., eu acho que esta coisa da medicina temos que associar a qualidade médica a questão de ser uma experiencia de vida uma experiencia interessante para as pessoas e por isso o hospital não tem que estar na praia, o hospital pode estar na montanha, há bons motivos para uma pessoa fazer a recuperação em Viseu ou na Guarda

C: Para podermos pensar numa actividade destas, há que pensar global e pensar global é incluir todos os players que possam trazer mais-valias para o projecto. Primeiro o estado tem a palavra mais importante seja na promoção da medicina em Portugal, seja nos aspectos legais...”

“... claro que nós temos que juntar e ver quais as nossas mais-valias e juntos promover o nosso serviço.

“... imagino que só com uma política ou estratégia abrangente que envolva todos poderemos ter algum proveito.”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 10

Resumo de recomendações:

Investir para resolver:

- ✓ Listas de espera e Modelo de financiamento dos hospitais do sns;
- ✓ Modelo de pagamento de atos médicos aos profissionais de saúde;
- ✓ Encarar a saúde como potencial receita e não só como despesa;
- ✓ Estratégia nacional com suporte e intervenção do Estado na promoção;
- ✓ Criação de um organismo executivo (chapéu) por exemplo Healthcluster;
- ✓ Estado atuar do ponto de vista legal de forma a criar condições ao sns.

SECTOR PRIVADO

P1: Sendo este um hospital elogiado e referenciado como exemplo de boas práticas de gestão e inovadoras, quais os maiores desafios enfrentados nos últimos 2 anos e que prevê para o futuro próximo? (Criação Empatia – quebrar gelo)

A: *“...o grande desafio tem sido acompanhar as diferentes alterações que fundamentalmente o estado que é um dos nossos grandes clientes através da ADSE e dos organismos públicos, e quase, não digo diariamente mas todos os meses há alterações, correcções de preços, formas de facturação, a coisas assim e todas as semanas sabemos de novidades, ou do orçamento do estado que querem cortar isto, ou querem corrigir os preços na análises, depois querem corrigir o preço na área da imagiologia, depois querem dizer que ADSE já pagar mais co-pagamento, depois dizem que ADSE vai acabar...”*

“...,agora com a chegada de outros dois players, o Grupo Trofa e a José de Mello Saúde que tem mudado muito o paradigma, porque investiram forte, porque tem uma série de unidades a fazer ali concorrência e tudo e quase todas são unidades criadas de raiz com uma dimensão muito grande com uma qualidade muito forte. O Arrábida tem vindo a posicionar-se para combater esses players

“...pronto e o desafio tem sido gerir esta conjuntura, a estrutura, definir um conjunto de medidas que o grupo tem vindo a desenvolver que nos permitem, e é com muito gosto que nós aqui no norte dentro do grupo somos as unidades que conseguimos ter os maiores níveis de rentabilidade...”

B: *“...é as medidas restritivas que conjunturalmente foram necessário tomar e que tem tido efeito sobretudo naquelas dinâmicas que mais nos dizem respeito a nós Healthcluster Portugal, quase de travão isto é o facto de se terem imposto um conjunto de medidas restritivas, eu não vou analisar a sua bondade, porque se calhar quem está no ministério tem que cortar e corta no que é mais fácil...”*

“...faz com que as empresas tenham restrições importantes e essas restrições resultam desde logo numa menor libertação de recursos numa área que é essencial neste sector que é a questão da inovação e investigação e dessa forma adiam-se projectos, prolongam-se projectos isto tem um efeito desacelerador, desmotivador, ... isto tem um efeito aqui. arrasta toda esta cadeia, este não tenho duvida que é um dos factores...”

“... há hoje uma visão da saúde por parte destes grandes sectores, das empresas, dos hospitais e dos gestores hospitalares e pelos responsáveis das entidades científicas, há uma visão muito mais pragmática, mais orientada aos objectivos. Hoje o gestor hospitalar são gestores iguais a qualquer outra empresa, obviamente tem as especificidades que decorrem do seu negócio.”

“...a discussão que também há poucos anos era tabu de que a sustentabilidade do sistema é algo com que temos que nos preocupar ...” “isto é um problema de olharmos para esta realidade e se de facto nós queremos conservar algo que é interessante que é positivo que foi a construção do sns, não podemos meter a cabeça na areia e dizer, não, não se pode discutir; a saúde não tem preço, não, temos que discutir e a pior atitude é aquele de não olhar de frente ...”

“..., as regras da gestão na parte pública, vão ter que se aproximar das regras da gestão da parte privada. Se calhar nós não vamos poder fugir a coisas como a livre escolha, um maior pendor da meritocracia, isto é, remunerar, os médicos, os enfermeiros a própria indústria farmacêutica, os prestadores de cuidados, os gestores, com base nos resultados. há princípios básicos, ninguém pode ser privado de ter acesso á saúde por questões económicas, isso é dado de barato...”

C: Em relação ao entrevistado C, não foi possível obter resposta directa a esta pergunta.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 1

Decorrente do ambiente económico e porque o Estado é um grande cliente dos hospitais privados via subsistemas de saúde, as restrições sobre preços contratados e políticas de ajuste do Orçamento do Estado são identificados como um desafio enorme que têm enfrentado e que prevêem continuar a enfrentar. Também as seguradoras com introdução de novos métodos de retribuição com preços fixos por pacote de intervenção médico-cirúrgica. Para além disto a uma indefinição sobre as políticas para subsistemas. Estas restrições e incertezas levam de igual forma a menor libertação de recursos para investimentos nas áreas da investigação, inovação e no adiamento do desenvolvimento e implementação de projectos, com os consequentes efeitos desacelerador e desmotivador. Novos e “poderosos” concorrentes também foram mencionados.

Pela positiva, o modelo de gestão dos hospitais, orientado para resultados; a discussão sobre sustentabilidade do sns, a necessidade de uma concertação alargada para políticas de implementação a médio prazo, uma vez que a reforma do sns tem objectivamente implicações no setor privado. Paralelamente, existe a identificação da necessidade da alteração das regras visando uma aproximação às regras de gestão privada, onde se salienta, a livre escolha; modelo de remuneração dos profissionais da saúde; a meritocracia, isto sem pôr em causa o acesso aos cuidados de saúde por questões económicas.

P2: Como enquadra o seu hospital, no que se refere ao índice de produtividade em número de cirurgias?

Quais as especialidades cirúrgicas mais produtivas?(Foco na Produção)

A: *“... tem duas especialidades que são muito fortes, a oftalmologia e a Ginecologia /Obstetrícia, podemos evoluir, mas isso também depende muito da confiança que as parturientes tem nos médicos, há cada vez mais unidades a laborar, depende também da concorrência das Misericórdias, mas é claramente as duas áreas onde nós somos mais fortes. As áreas onde nós achamos que podemos crescer, até pelo benchmarking que fazemos.”*

“....topo do Arrábida é precisamente a Ortopedia, uma área onde o Arrábida é muito muito forte, depois as outras que estarão mais equivalentes, Oftalmologia, a Ginecologia, a Cirurgia Geral. Otorrino é uma área que pode crescer.” ...Oftalmologia, Ginecologia, otorrino a cirurgia. Aqui existe uma preponderância da Oftalmologia e ginecologia e depois mais abaixo as cirurgias, a vascular a ortopedia e que são áreas que nós achamos que podem crescer.”

B: *Nós (a produção hospitalar Nacional) temos cuidados mais eficientes, temos aumentado as cirurgias de ambulatório, temos conseguido que em determinadas intervenções diminuído tempo necessário de internamento, se calhar temos hospitais a mais ou temos hospitais grandes demais*

“...estando em causa a racionalização do sistema de saúde, quando digo Sistema é de propósito, não é só do Serviço Nacional de Saúde, é do Sistema de saúde, identifiquemos, 4 ou 5, não é 20 ou 30, medidas pragmáticas, sem pôr em causa o próprio sistema, o tecido empresarial que está à volta, ou os doentes, algumas medidas são mais arrojadas, passam muito por regras de gestão na parte pública, se aproximarem das regras da gestão privada. Não vamos poder fugir a coisas como a livre escolha, a uma maior pendor da meritocracia, isto é, vamos ter que remunerar, ... com base nos resultados.” “Acho que temos uma oferta em demasia e se essa oferta for racionalizada nós conseguimos diminuir fortemente os custos, sobretudo na área pública”. Nós temos cuidados mais eficientes, temos aumentado as cirurgias de ambulatório, temos conseguido diminuir o tempo de internamento, se calhar temos hospitais a mais...”

“... á tempos, neste trabalho que andamos aqui a fazer no Healthcluster a promover o turismo de saúde, estávamos a fazer a inventariação das competências das unidades de saúde tem para oferecer aos não residentes e quando se chegou à parte publica lá nos deram os dados, quando se chegou aos privados, a resposta foi muito interessante, “o que houver a gente faz”.

C: *“...nós temos aqui pessoas, mulheres de Lisboa que vêm cá fazer plástica;”*

“Por exemplo nós aqui temos craques em médicos do pé, podemos ser reconhecidos como craques do pé e depois virem cá para tratar do pé.”

“...Os nossos doentes não são os endinheirados, porque esses têm seguros, os nossos são os que vendem uns eucaliptos para serem operados pelo prof. Lobo Antunes e depois não se importam de estar em enfermarias de 3 camas, é preciso perceber tudo isto.” (referência à especialidade de Neurocirurgia)

“...aqui á uns anos fomos a um concurso para cirurgia cardíaca, perdemos para a Áustria, talvez o país mais caro da Europa...”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 2

Da resposta dos três respondentes, podemos inferir que as especialidades cirúrgicas mais produtivas são variadíssimas e entende-se pelo tipo de médicos especialistas que trabalham em cada um dos grupos. Contudo e apesar da variedade, puderam eleger a oftalmologia; obstetrícia; ortopedia (com relevo para cirurgia do pé); cirurgia plástica; neurocirurgia e cirurgia cardíaca. Salientamos de igual forma que a cirurgia de ambulatório (atos cirúrgicos que englobam várias especialidades e que não requerem internamento), tem evoluído muito favoravelmente. De salientar que um dos respondentes refere que em resposta a um inquérito os hospitais do setor privado demonstraram flexibilidade de se adaptarem às necessidades do mercado.

P3: Como encara a possibilidade de receber/captar doentes do estrangeiro? (Foco no Problema)

A: *“... teoricamente sim. O nosso país é um país fortemente virado e dependente do turismo e tudo indicaria que todas as actividades relacionadas com o turismo possam ser profícuas, nomeadamente a área da saúde*

“...No conceito propriamente dito, não identificamos nós essa vertente cá, não quer dizer que ela não possa existir se for promovida, mas também o que é um facto é que já se fala há muitos anos nisso...”

“...eu sei que nós no grupo temos trabalhado com um conjunto de parceiros estrangeiros, tem-se firmado um conjunto de contractos para se receber pessoas do estrangeiro. Agora na prática se nós temos sentido um grande consumo, frequência de pessoas estrangeiras nas nossas instalações, não.”

B: *“...o que se conhece dos outros países, o turismo de saúde, não é uma oferta dos SNS, ponto número um. Ponto número dois, temos que levar em linha de conta a directiva europeia Health care cross border, a livre circulação de doentes que entrará em vigor no final deste ano, e em que teoricamente qualquer*

cidadão europeu vai poder escolher o país onde quer ser tratado. É um dado novo e andamos todos aqui a ver o que é que isto quer dizer, que implicação vai ter, porque de alguma forma estamos a criar um mercado europeu de saúde, isto vai colidir com o que falava há pouco da livre escolha, isto é, como é que eu vou poder escolher o país onde quero ser tratado e dentro do meu país não posso escolher o hospital onde quero ser tratado? Isto é uma oportunidade se formos importadores de doentes, se formos exportadores de doentes depois o país é que tem que pagar”

“...sendo o turismo médico a prestação de cuidados a não residentes e quando falamos do turismo médico eu penso que a estratégia nacional tendo em conta a nossa realidade em que temos o tal sector publico, o sector privado e o sector social eu acho que passa pela complementaridade destes três sectores

“...Agora eu acho é que o privado só vai conseguir ter sucesso nesta área se tiver o respaldo do sector público, porque o sector público é que lhe vai dar a credibilidade, só com o sector público é que nós conseguimos ter uma oferta abrangente, é a retaguarda de algo correr mal...”

“...se reparar nós não precisamos de fazer grandes investimentos, nós temos a capacidade hospitalar, temos os recursos humanos, temos organização, onde nós temos que trabalhar é na forma de como é que isto se promove, como é que conseguimos vender isto, temos que trabalhar e fazer um esforço de articular estes pacotes, porque a forma como isto se vende e isto depende de mercado para mercado de especialidade em especialidade...”

C: *“...gostaria de começar por fazer uma declaração de interesses: Eu não acredito no Turismo de saúde. Não na forma como está a ser feito. Há aqui um desígnio nacional à volta disto mas não vamos conseguir charters de doentes a chegar. Nós, quer privados quer publico, não quer dizer que não possamos ter alguns nichos que podem ser interessantes para alguns operadores, mas não vão ser volumes e estes hospitais como a CUF o HSJ e maior parte dos privados, vive muito de volumes significativos de doentes e portanto criar aqui grandes polos de atracção de turismo de doença, vamos chamar assim, acho muito difícil. “...porque se está a cometer um erro, e como me disse que está no IPAM, pode ser interessante, é que estamos a partir de um pressuposto errado que é a promoção de Portugal como destino de saúde.... se nós fizéssemos o n/ trabalho, promovendo Porto que é uma marca específica, promovendo Lisboa que é uma marca fortíssima ou promovendo o Algarve, já é diferente, agora promover Portugal é uma coisa muito complicada.”*

“...Acho que nós podemos fazer isso, estamos sempre a falar de nichos e de coisas que não estão cobertas pelos sistemas nacionais de saúde. O problema é que depois entramos nos custos associados e os nossos custos médicos são muito grandes.”

“...Tirando algumas áreas muito específicas não conseguimos ser competitivos.”

“...Porque depois se lhe perguntar onde é que nós somos competitivos em termos de qualidade diferenciadora? Não há nenhuma área em Portugal que seja reconhecida mundialmente ou em termos Europeus como diferenciadora em termos de saúde.”

“...Poderá ser criado, na área da Reabilitação por exemplo, acho que há potencial para isso, nomeadamente no Algarve numa área de turismo ou de recuperação como existe em alguns países. Mas no turismo mais associado às intervenções cirúrgicas, qual é a área em que nós somos diferenciadores?”

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 3

Dois dos respondentes sentem que o turismo médico será uma aposta importante e que deverá ser explorada. Um dos respondentes, iniciou a conversa com uma “declaração de interesse” afirmando que não acredita no turismo médico, principalmente nos moldes em que está a ser pensado. Na sua opinião não passa por promover Portugal, como refere: um País sem referências na área da saúde, com uma saúde cara e sem fatores de qualidade diferenciadores, mas antes a promoção de clusters com Porto, Lisboa e Algarve e aí sim associar o turismo médico.

P4: Vê possibilidade do turismo médico ser uma oportunidade de negócio? Gerar Discussão)

A: *“...Ao nível do grupo, foi contratada uma pessoa para desenvolver este mercado, para ver o que é que isto dá, de encetar contactos com parceiros internacionais etc., e acho que faz sentido, um país com esta forte componente turística, ter alguém vocacionada para encetar acordos,*

B: *Dito isto e no grupo de trabalho que temos no HCP com os contactos que tenho sobre isto e que envolvem parceiros quer da parte publica quer da parte privada, eu acho que há aqui um certo consenso e que de alguma forma é também subscrito pelo ministério, publicamente o ministro Paulo Macedo já o fez varias vezes que é que em termos do turismo de saúde, eu estou a falar de turismo médico,*

“...o que me regozijo é o facto de se estar a conseguir, ainda não chegamos ao fim deste processo, uma boa articulação destes parceiros, eu acho que todos perceberam que precisam uns dos outros e parece-me muito inteligente esta posição do sector público

C: *“mas não vão ser volumes e estes hospitais como a CUF o HSJ e maior parte dos privados, vive muito de volumes significativos de doentes e portanto criar aqui grandes polos de atracção de turismo de doença, vamos chamar assim, acho muito difícil.*

“Não, é caríssimo, eu acho que é desproporcional. Portugal não está associado a saúde, não é reconhecido como tendo serviços de saúde de qualidade, e estarmos a criar isso é muito muito caro. Outra coisa é pegar em marcas que já existem, existe a marca Lisboa como destino turístico, existe a marca Porto como destino turístico e existe a marca Algarve, que nem sequer se quer se associa a Portugal, há muitos estrangeiros que associam Algarve. Devemos capitalizar aquilo que existe, que já está criado que é Porto Lisboa e Algarve, agora criar Portugal como destino de saúde é muito complicado.

Associado a isto, há outro problema enorme, é que a nossa medicina é muito cara. Quando compara, já não vou mais longe que Espanha, mas podia ir, Hungria, Polónia, Republica Checa, mas já nem vou, comparado com Espanha

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 4

Nos três respondentes foi possível obter três perspectivas diferentes.

A – Na sua opinião teremos que avaliar e estudar se será efectivamente uma oportunidade de negócio. Referiu que o grupo onde se insere, admitiu uma pessoa para avaliar e estudar essa possibilidade e como disse “ ... para ver o que isso dá.”

B – acredita em absoluto e refere que é até um desígnio Nacional e com o apoio de pessoas e grupos económicos importantes no Estado e na Saúde que pretendem criar um consenso alargado sobre esta temática. Acredita também que sendo uma oportunidade, não vai ser o negócio que vai transformar e salvar, como o próprio referiu o “elixir mágico”.

C – Com muito cepticismo sobre a possibilidade de ser encarado como um negócio pelo menos na forma como está a ser pensado atendendo:

- ✓ Concorrência de outros países da europa;
- ✓ Volume esperado escasso;
- ✓ Custo elevado da medicina em Portugal;
- ✓ Falta de fatores diferenciadores de qualidade na medicina em Portugal;
- ✓ Modelo de promoção de um país em vez de cidades ou locais especializados à imagem de Navarra; Bordéus.

P5: Tendo em consideração o portefólio de produtos de hospital: Que produto(s) seleccionava para vender no estrangeiro? Que fator(es) competitivos destaca nesse(s) produto(s) (Foco no Produto)

A: *“... oftalmologia é claramente a nossa área forte e onde o médico que nós temos, um dos que nós temos é muito reconhecido é tecnicamente muito bom, tem um relacionamento excelente com todos os doentes...”*

“...Nós todos os meses temos campanhas de marketing específicas, desde a campanha da doença da próstata, da vertigem, das varizes, cirurgia estética, temos mais ou menos com uma cadência mensal ou...”

“No início do ano as intervenções ao nível da cirurgia estética, ..., também avaliamos os problemas mais críticos em que a sociedade portuguesa mais era afectada em termos de problemas por exemplo esta questão com cancro do colo do útero”

B: *“ Saber, o que é que o Alemão vai procurar nos serviços de saúde fora do seu país, tratar dentes? Cirurgia estética? Ortopedia? Reabilitações, cataratas? Há um consenso que as áreas (médicas) procuradas não são muitas, estamos a falar*

C: *“... fomos abordados para saber quais as áreas que queremos para serem promovidas em termos de turismo de saúde, uma abordagem completamente errada. Primeiro nós devemos conversar e saber 1º quais são as áreas que têm margem; podermos ser vistos como tão bons como os outros; temos vantagem competitiva e depois trabalhar sobre isso. Se me perguntar quais são as áreas eu não lhe sei dizer isso com certeza, mas andará á volta da Estética...”*

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 5

Cirurgia plástica e estética foram identificadas por dois respondentes, sendo que um deles ainda abordou a oftalmologia, doença da próstata, da vertigem, das varizes, cirurgia estética, e ginecologia.

Os respondentes B e C, optaram por uma atitude mais cautelosa e identificaram a necessidade de saber o que o mercado procura, tendo no entanto o respondente C sido muito assertivo com a medicina física de reabilitação

P6: Que público-alvo selecionava para o(s) produto(s)? (segmentação/place/promotion)

A: *Nos países mais desenvolvidos claramente e à semelhança do que já existe em Portugal a grande maioria das pessoas tem os chamados seguros de saúde em que lhe fazem este tipo de cobertura e portanto o nosso tipo de actuação tem que ser claramente junto das companhias de seguro porque ou elas tem protocolos para virem cá e que, admito eu que pode ser vantajoso*

B: *Nós estamos em crer que o nosso país com as características que tem o nosso alvo será sobretudo a Europa, os PALOP, norte de África, médio oriente, acho que há ali alguns nichos, há um mercado que é uma questão de Mix-Feelings, que é o Brasil.... "Há aqui também um realidade nova, um dos grupos privados de referencia, os HPP, foram comprados por um grupo Brasileiro, o grupo AMIL, tem feito umas coisitas lá em baixo em Lagos e estão atentos a esta realidade, eu não sei se este casamento com a AMIL pode ter alguma influencia, eu diria que o nosso foco deverá ser a europa, a Espanha talvez não, pois há questões culturais e históricas que não ajudam, mas a França sobretudo a Alemanha até porque tradicionalmente o Alemão tem alguns hábitos de se tratar fora nalgumas patologias, o norte da europa também há alguma apetência, se casarmos isto com a questão da geriatria, os mais velhos, o sol.*

C: *"... temos uma ligação forte com mercado Inglês ou Holandês ou Dinamarquês, via Algarve, há um mercado que tem tendência para crescer via crescimento da esperança média de vida da população mundial e igualmente das doenças crónicas e que é a recuperação de longa duração, aí sim, tipicamente são pessoas com poder de compra, estão reformadas, tem disponibilidade, tem disponibilidade para circular, consomem serviços, temos capacidade hoteleira e hospitalar no Algarve também, instalada para poder receber doentes."*

"No porto com a quantidade de unidades que abriram temos capacidade instalada para poder receber estes doentes de recuperação e outra coisa importante é que ao nível da fisioterapia nós temos R H baratos, quer médicos quer técnicos, há disponibilidade de médicos, fisioterapeutas de enfermeiros em Portugal para dar cobertura a isso e aí há carencias muito grandes na europa e nós temos uma vantagem muito grande." "Quando falamos de turismo médico é Europa

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 6

De forma quase absoluta foram identificados como público-alvo os países europeus e nomeadamente do norte da Europa. Para além destes países, Angola também foi referenciada, mas neste caso, por motivos de indisponibilidade de serviços médicos na origem.

P7: No desenho do produto(s)/serviço(s), como encara a hipótese de parcerias com outros stakeholders? (Place/Promotion)

A: *“... protocolos a nível nacional em que depois todas as unidades ficam dentro desse protocolo, desse contrato ou desse acordo, nós recebemos feedback dessa informação e são claramente com companhias de seguros, com entidades governamentais ou equiparadas, celebramos esses protocolos e pronto...”*
“...teoricamente é uma coisa interessante, na prática ainda não temos essa experiência.”

“São companhias de seguros. Fizemos um protocolo e depois todas as unidades do grupo Espírito Santo poderão efectuar o serviço.”

B: *“... ponto nº 1 é a questão da reputação, e isto tem que ser um trabalho colectivo, mais uma vez temos que ser capazes de nos juntar todos, desde a rede diplomática, AICEP, aos próprios, Min Negócios estrangeiros, de facto há uma apetência muito interessante por parte dos nossos embaixadores relativamente a esta área...”*

“Não devemos ter a tentação de promover o Mello Saúde, Promover o H. S. João individualmente, é promover Portugal o local onde tratamos bem da saúde, ou “tratámo-vos da saúde”, o que quer que seja, ...a utilização da internet, as redes sociais fazem sentido, o passa palavra é muito nesta área, mas nalguns casos é importante ver quem são os players.”

“Eu acho que temos de elaborar um portal de entrada no país em termos de turismo de saúde, portal esse que tem que ser muito apelativo e que de forma muito rápida dê uma ideia ao visitante do que é que temos, vamos ter que ter 3 ou 4 estrelas da companhia, o Dr. Lobo Antunes, Dr. Manuel Antunes, Dr. Linhares Furtado, 3 ou 4 coisas que encham o olho, vamos ter que usar a n/ investigação, vamos ter que usar os n/ resultados como há pouco referiu, na mortalidade infantil, o ranking da OMS, para que quem entre, diga aqui estou no 1º mundo, isto é boa gente, mas depois temos que encaminhar para cada um, dificilmente este portal pode gerir os interesses de todos, a certa altura por exemplo, nessa área (tratamento) tem os hospital, podem ser públicos ou privados, a pessoa clica, entra mas temos que arranjar forma que o utilizador não se sinta perdido,

“Isto é um instrumento básico temos que ter uma porta de entrada, eventualmente não sei se um helpdesk um contactcenter, algo que possa fazer a porta de entrada, depois a promoção, aí é que eu gostava que ela fosse integrada, mais uma vez, que não fosse o Grupo Mello sozinho que não consegue, mas não sei se é o Turismo de Portugal associado com os grandes operadores, que possamos estar nalgumas feiras, fundamentalmente que possamos fazer intervenções “cirúrgicas” (referindo-se a acções) por exemplo na Alemanha, se de facto existem as caixas de previdência e são 3 ou 4, vamos lá falar com cada uma delas é interessante...”

Deve ou não o governo envolver-se nisto? Eu acho que deve, sem ser numa posição paternalista, o governo deve ser um parceiro, quando digo o governo digo as agências governamentais, a AICEP, o Turismo de Portugal, o governo funcionar como facilitador e nalgumas coisas por exemplo... que o nosso ministro da

saúde o actual e os próximos também vão estar receptivos para isto, o Min Negócios estrangeiros está receptivo o Min da economia estão receptivos a isto, eu "A promoção deveria ser conjunta, deveria ser integrada com uma visão nacional, deveria ter como instrumento um portal, contactcenter, documentação, muito boa informação

C: *"Uma abordagem muito intensiva de procura ou busca de concursos de países para libertar listas de espera, trabalhando ou não com intermediários, E aí não há nichos, fazemos tudo é uma questão de preço... a qualidade técnica certificada e reconhecida internacionalmente. E é preço, preço preço."*

"Aquilo que pode ser promovido por nós, tem que ser escolhido quase colegialmente. Mas mais uma vez, tem que ser por exemplo o HCP a promover, não Portugal mas Porto, Lisboa e Algarve"

"Acho que existe espaço para vender recuperação a sério."

"... Eu acho que essa associação é importante e o HCP tem um papel, eu já falei com HCP em tempos só que depois querem envolver toda a gente, quer agradar a toda a gente e isso não dá, nós não estamos todos no mesmo campeonato, nós não podemos promover tudo..."

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 7

Dos três respondentes, foi possível identificar que a associação a stakeholders para a implementação de um projecto desta ordem é fundamental. A discrepância aparece apenas na abrangência das parcerias. Respondente B afirma que terá que haver uma concertação no âmbito de uma promoção do País. Respondente C afirma que terá que ser mais restrito e não todos a promover tudo ou Portugal, mas sim locais especializados. Contudo de entre as parcerias surgem as seguradoras, o estado e diferentes ministérios e outros players como necessários e facilitadores para este tipo de negócio.

Algumas ideias desde a elaboração de Portal de entrada, *contact centre*, entre outras foram evidenciadas, bem como a necessidade de uma comunicação integrada.

P8: O preço é o único factor competitivo? (De Discordo Totalmente a Concordo Totalmente)

A: Não Concordo **B:** Discordo **C:** Discordo

P9: Que preço poderá praticar nos seguintes actos cirúrgicos?

♦ Cirurgia da Anca(Prótese) :	1) 5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Cirurgia do Joelho (Prótese)	1)5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Fixação Vertebral:	1)5.000 a 7.500€	♦ 2) 7.500 a 10.000€	♦ 3) Mais de 10.000€
♦ Histerectomia:	1) 2.000 a 3.000€	♦ 2) 3.000 a 5.000€	♦ 3) Mais de 5.000€

A: Cirurgia da Anca (Prótese); Cirurgia do Joelho (Prótese) e Fixação Vertebral: 2) 7.500 10.000€; Histerectomia: 2) 3.000€ A 5.000€

Acrescentou: "... não tenho dúvida nenhuma que o nosso tipo de valores face a Espanha Inglaterra, Alemanha, na prótese da anca do joelho e todo tipo de intervenções que eles queiram cá vir sejam a este nível, pronto porque eles tem um nível de vida muito superior, ganham muito mais dinheiro as coisas são todas mais caras e a saúde não há-de ser excepção.

B: Não tendo sido possível ao entrevistado responder directamente pois a pergunta foge do âmbito de actuação, tornou-se evidente a sensibilidade que tem para a competitividade no aspecto do preço por acto médico.

"É mais ou menos consensual que nessa área não somos ou não eramos competitivos. Os honorários médicos em Portugal, são mais elevados que na maioria dos países europeus e isso é um handicap. Quando nós juntarmos, com a viagem de ida e de volta, intervenção médica, custos de alojamento, no fundo desde que a pessoa sai até que regressa e somando isto tudo nós temos alguma competitividade, não tanta quanto à partida poderia ser suposto quando temos diferenças de nível de vida com alguns países, nomeadamente do centro da europa e sobretudo o que estraga aqui esta equação, são os honorários médicos."

C: Não foi possível ao entrevistado responder directamente, tornou-se evidente o conhecimento que tem para a competitividade no aspecto do preço por acto médico.

"Associado a isto, há outro problema enorme, é que a nossa medicina é muito cara. Quando compara, já não vou mais longe que Espanha, mas podia ir, Hungria, Polónia, Republica Checa, mas já nem vou, comparado com Espanha, o custo médico, hora/médica em Portugal é muitíssimo mais elevada que em Espanha e portanto, nós temos dificuldade em ser competitivos face a esses países. "Tirando algumas áreas muito específicas não conseguimos ser competitivos."

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 9

O respondente A foi o único que abordou diretamente a questão tendo apontado o intervalo 2 como resposta às hipóteses de preço a praticar por acto médico.

Ao respondente B este tipo de pergunta não se adaptava pelo que abordou a questão de forma genérica e com base no conhecimento para referir que os atos médicos em Portugal são caros mas com tendência a diminuir.

O respondente C foi mais assertivo, afirmando que não somos competitivos no que se refere ao preço por ato médico, mesmo quando comparados com Espanha, situação que se agrava se compararmos com Hungria, Polónia e Republica Checa.

Ficou evidente uma contradição na avaliação de preço como fator competitivo, principalmente quando analisamos as respostas dos respondentes A e C que por coincidência comparam os preços praticados em Portugal e em Espanha.

P10: Que futuro vislumbra para o negócio do turismo médico no norte de Portugal? Que recomendações daria?

A: *Eu não sei se eles já têm algum tipo de experiencia a esse nível, eles poderão dizer se este é um mercado atractivo ou não para nós percebemos, porque também andarmos a desenvolver um conjunto de estratégias sem perceber se efectivamente existe mercado e que dimensão tem esse mercado. Em teoria eu não tenho dúvida nenhuma que parece ser uma coisa muito interessante,*

B: *"1.Promover o país de forma concertada, todos. Todos, dizia a rede Diplomática, Ministério dos Negócios Estrangeiros, Rede Comercial da AICEP, cada um dos parceiros, Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Secretaria de Estado Turismo, temos todos que encontrar aqui, como agora se diz, uma narrativa comum, falar a mesma linguagem, termos os mesmos objectivos eu diria quase um argumentário que se distribuía a todos para passarmos uma mensagem correta.*

"Precisamos de instrumentos de acesso, ter boa promoção, bons suportes, um portal nacional é importante, contact centre, presença feiras de referência, trabalho de porta a porta dos prescritores, redes sociais; promover o país de forma concertada com mensagens bem estudadas e que todos as partilhássemos.

"2. Preparar internamente, ter produtos, encontrar parcerias entre os hospitais; Hoteleiros; agências de Viagens, transportadores, os campos de golf espaços e lazer, encontrar parcerias para ter produtos que vão de encontro ao que eles querem e não ao que nós achamos que eles querem. Os produtos não deverão ser muitos, ser assertivos e encontrar nichos de mercado."

"3. Parcerias internacionais. Identificar profissionais portugueses em lugares de destaque que poderão ser embaixadores do país. As sociedades médicas Encontrar os interlocutores certos de país para país.

C: *Encontrar áreas que possamos promover,*

- *O Porto (não é Portugal) é centro de excelência de obesidade e Lisboa centro de excelência na cirurgia do pé, arranjar nichos específicos*
- *Varizes, há lista de espera por toda a europa, não tem grande pós-operatório, devemos ir buscar.*
- *Cirurgias com pós-operatório complexo, não interessam porque ou obrigam a pessoa a voltar cá ou ficar cá muito tempo e depois encarece muito*
- *Encontrar um nicho que possamos juntar a outros players ou criar um nicho, nós somos muito bons a tratar uma coisa qualquer. Temos que trabalhar em conjunto.*
- *Nós já temos marcas fortes em turismo em Portugal e são Porto, Lisboa e Algarve*
- *Acho que a Medicina Física de Reabilitação é interessante, já temos uma tradição.*
- *Nós somos bons na relação e os doentes de recuperação estão muito tempo com profissionais e nós somos bons.*

ANÁLISE DAS RESPOSTAS À PERGUNTA 10

A: O respondente A fez uma abordagem genérica não tendo emitido qualquer recomendação. Apenas mencionou alguns aspectos importantes na sua opinião, mas de carácter geral como atratividade do turismo o sol, o mar, pessoas simpáticas, a gastronomia, temos vias de estradas para conhecer outras zonas do país.

B: Promoção concertada e integrada do país englobando diversos ministérios, AICEP, com uma mensagem comum. Produtos cujo desenho deve ser partilhado por diversos players, hospitais, agências de viagens, hotelaria, transportadores, clubes golfe, espaços de lazer. Utilizar portugueses em lugares de destaque internacionais para ajudarem na promoção da marca Portugal, comunicar com médicos e associações e sociedades médicas internacionais, passando uma mensagem positiva e encontrar os interlocutores certos em cada país.

C: Promoção de zonas de excelência em áreas médicas em vez da promoção do país. Explorar as listas de espera de outros países, associando a outros players; encontrarmos ou criar um nicho que possamos explorar. Aproveitar marcas fortes como Porto, Lisboa e Algarve e associar o turismo médico a essas marcas. Explorar o nicho de mercado da medicina física de reabilitação e de igual forma explorar fatores culturais como relação dos profissionais de saúde com os doentes, os cuidados humanizados e aplicar nos cuidados de continuidade.

Tabela 16: Mapa Resumo das Respostas por Setor de Atividade

MAPA RESUMO COMPARATIVO DE ANÁLISE DE RESPOSTAS POR SETOR DE ATIVIDADE		
	SETOR PÚBLICO	SETOR PRIVADO
Desafios Presentes e Futuros	➤ Restrições Orçamentais, pressão para produzir mais com menor orçamento; Melhorar rácios	➤ Restrição nos preços contratados ao Estado e gestão ajustada às restrições do orçamento de Estado (Estado-Cliente)
	➤ Alteração do ambiente político-legal com aproximação regras de gestão do sector privado	➤ Seguradoras mais agressivas tendendo a negociar preços mais baixos
	➤ Continuidade das políticas de restrição orçamental	➤ Indefinição sobre futuro dos subsistemas da saúde e políticas de comparticipação
		➤ Mais e melhor concorrência com novos e poderosos players
		➤ Tema da sustentabilidade do SNS com reflexos no s. privado
PRODUCT	➤ Cirurgia de ambulatório (diversas); Outras cirurgias como: oftalmologia; ortopedia; urologia;; otorrino; cardíaca.	➤ Flexibilidade na adaptação do produto ao mercado; cirurgias oftalmologia; ortopedia; plástica; neurocirurgia e cardíaca.
	➤ Grande destaque na medicina física de reabilitação	➤ Destaque na medicina física de reabilitação
PRICE	➤ Não consideram preço como único fator de competitividade	➤ Não consideram preço como único fator de competitividade
	➤ Os preços mencionados para próteses da anca, joelho, fixação vertebral e histerectomia situam-se no intervalo de poupança referida por Freire (2012) na tabela 5	➤ Os preços mencionados para próteses da anca, joelho, fixação vertebral e histerectomia situam-se no intervalo de poupança referida por Freire (2012) na tabela 5
PLACE/ PROMOTION	➤ <i>Stakeholders</i> (CHS.João; CHPorto;ULS Matosinhos) agências de viagens; seguradoras; mútuas e grupos de Saúde com Experiencia	➤ Seguradoras; Estado; Ministérios Saúde; Economia; Neg. Estrangeiros; AICEP; Outros organismos do estado e outros <i>players</i>
	➤ Mercados Alvo: europa com incidência no norte da europa	➤ Mercados alvo: europa com incidência no norte da europa
	➤ Decisões de <i>mix</i> com base em estudos de marketing e/ou	➤ Portal de acesso; centro de contacto/suporte; comunicação integrada e comum; estudos futuros de análise de mercados

	grupos já instalados ex: Healthcluster	
Recomendações	<p>INVESTIR para RESOVER;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Listas de espera; modelo de financiamento aos hospitais 	Promoção concertada e integrada do País através dos Estado; Ministérios e outros <i>players</i> , com mensagem comum.
Futuras	<p>Modelo de pagamento aos profissionais da saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Encarar a saúde como potencial de receita e não só despesa ➤ Estratégia promoção nacional com suporte do Estado 	Produtos cujo desenho deve ser partilhado com hospitais; agências de viagens; hotelaria; transportadores; golfe e lazer etc.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criação de organismo executivo “chapéu” ex.: Healthcluster. 	Utilizar portugueses em lugares de destaque internacional na ajuda à promoção da marca Portugal; comunicar com médicos, associações e sociedades médicas internacionais, passando mensagem positiva e encontrar os interlocutores certos em cada mercado.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actuação do Estado no ambiente político-legal de forma a criar condições ao sns para se aproximar às regras de gestão do mercado privado. 	<p>Promoção de zonas de excelência em especialidades em detrimento da marca Portugal</p> <p>Explorar listas de espera de outros países. Associando outros players, encontrar ou criar nichos de mercado. Aproveitar marcas fortes como Porto, Lisboa e Algarve e associar o turismo médico</p> <p>Explorar a cirurgia plástica e medicina física de reabilitação e explorar factores culturais como a relação dos nossos profissionais de saúde com os doentes, os cuidados humanizados e aplicar nos cuidados de continuidade</p>

Fonte: Própria

14. CONCLUSÕES

O estudo exploratório aqui desenvolvido teve como princípio uma análise do Turismo Médico no Norte de Portugal com base na perspectiva de especialistas no mercado em estudo.

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões do estudo suportado nas hipóteses anteriormente propostas. Serão também mencionados os contributos deste estudo no âmbito da investigação científica, bem como serão referenciadas as limitações identificadas e recomendações para investigações futuras.

14.1. Conclusões do Estudo

Na primeira parte do estudo de investigação, procuramos fundamentos para uma definição de Turismo Médico e a sua importância no mercado global, através da revisão de literatura.

A revisão da literatura serviu de base de suporte teórico e científico para um posterior estudo empírico cujos resultados que foram alvo de análise pretendemos apresentar de forma sintética.

Identificadas as questões relevantes para o âmbito desta investigação, o estudo desenvolveu-se no sentido da obtenção de respostas às questões então formuladas.

O estudo teve como questão central a compreensão sobre uma possível aposta de desenvolvimento de Turismo Médico no Norte de Portugal.

De igual forma procuramos respostas para análise da apetência e possíveis ajustamentos necessários ao nível das organizações de saúde de dois sectores da economia nacional, o sector público e o sector privado.

A metodologia de investigação utilizada decorreu fundamentalmente dos objectivos, da especificidade do tema abordado e do propósito do projecto de investigação. Ao tentar perceber as percepções de especialistas sobre o tema em estudo desenvolvemos uma investigação com base no paradigma fenomenológico e com a aplicação de análise qualitativa.

No método de investigação utilizado no estudo qualitativo, recorreremos à técnica de entrevistas em profundidade para recolha de informação relevante para o estudo.

Os entrevistados, enquadrados na amostra previamente definida, são profissionais de topo com experiência adquirida e com grande potencial de informação de relevo para disponibilizar e corresponder ao pretendido.

O tratamento dos dados recolhidos permite agora resumir de forma sintética as principais conclusões deste estudo exploratório.

14.2. Principais Conclusões do Estudo

Como atrás foi referido, o estudo exploratório tem como objectivo a análise através das respostas dos entrevistados, nas seguintes dimensões:

- *Marketing Mix - 4P's (Product; Price; Placement e Promotion);*
- Desafios enfrentados e a enfrentar nos dois últimos anos e futuros;
- Recomendações para a implementação do negócio,

Estas dimensões são enquadradas no âmbito do estudo, Turismo Médico, uma oportunidade para o Norte de Portugal.

Como verificamos, a implementação do turismo médico no norte do país, foi analisada em acordo com o objectivo do estudo e com base na análise às respostas a entrevista efectuadas a especialistas de topo tal como se previu na definição da amostra.

A realidade do mercado da saúde em Portugal, permite que possamos avaliar as questões em dois ambientes diferentes, em ambiente do setor público e em ambiente do setor privado.

Deste modo, podemos ressaltar as seguintes conclusões:

- Desafios Enfrentados e futuros:

Em ambos os sectores os *players* da saúde, enfrentaram desafios idênticos onde apenas se modifica a nomenclatura. No setor público identificam cortes orçamentais e no setor privado, restrições sobre preços contratados, pressão dos *stakeholders*

sobre preços a pagar e ajustes decorrentes do orçamento do Estado mas em ambas as situações os reflexos são idênticos, menor investimento.

- *Product*

Podemos concluir que em ambos os sectores a identificação dos produtos a promover, são sobreponíveis, com a oftalmologia e ortopedia como mais referenciados. Contudo, é importante realçar dois aspectos importantes, o sector privado goza da vantagem de uma maior adaptabilidade dos produtos ao mercado, enquanto no sector público a adaptabilidade é mais difícil. Outro aspecto importante foi a confluência de opiniões sobre o elevado potencial de exploração da medicina física de reabilitação no contexto do turismo médico.

- *Price*

Apesar de algumas respostas de carácter negativo do sector privado, foi possível concluir por comparação com dados recolhidos na revisão da literatura, que os preços que poderão ser praticados em alguns actos médicos abordados, serão competitivos. Salientamos contudo que esse factor não deverá constituir impedimento, uma vez que o preço não foi considerado por nenhum dos respondentes como o único factor de competitividade.

- *Place*

Nesta questão foi evidente a confluência de opiniões na maioria dos entrevistados, uma vez que todos identificaram a necessidade de parcerias mais ou menos abrangentes com os mesmos stakeholders. Identificaram os mesmos prestadores de cuidados de saúde e mercados alvo de actuação para implementação do turismo médico.

- *Promotion*

No setor público foram transversais as referências à necessidade da inclusão de profissionais habilitados para a elaboração de políticas de *marketing* e comunicação. De forma quase transversal, a colaboração com entidades privadas foi o meio mais sugerido para esse desiderato. No setor privado foram propostas algumas acções de

comunicação, e de igual forma sugerida uma concertação e integração das mensagens e da política de comunicação.

Salientamos que os dois setores sugerem que o Estado através dos seus Ministérios, Institutos e Organismos, deverá ser um facilitador e promotor da imagem e do país e do potencial do turismo médico em Portugal, internacionalmente.

- Recomendações para a implementação do negócio

Nesta questão é evidente a maior diferença entre os dois setores. Se no setor privado, a preocupação consiste em factores mais avançados como comunicação, envolvimento do Estado, promoção da marca Portugal ou Porto, Lisboa e Algarve, na exploração da acção de portugueses colocados em lugares de destaque no estrangeiro, entre outros. No setor público, as recomendações são mais evidentes e direccionadas para fatores internos, como política de financiamento do setor, investimento e alteração e aplicação de medidas legais inovadoras que possibilitem a actuação dos *players* do sector público num mercado a que dificilmente terão acesso, se estas medidas não forem consideradas.

Importa assim concluir que o turismo médico no norte de Portugal, é encarado como uma potencial fonte de receita, que deve continuar a ser trabalhada, mas que deverá evoluir rapidamente, com a participação de todos os setores de atividade e todos os *players*. Fica clara a existência de algumas dificuldades de concertação, não pela falta de vontade de concretização, mas antes pela existência de regras legais vigentes que condicionam acções de gestão necessárias para a implementação deste objetivo e condicionam o desenvolvimento de um pensamento de gestão público-privado no setor da saúde.

15. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No capítulo dedicado às técnicas de amostragem, citamos Malhotra (2004), que afirma que no caso da pesquisa exploratória, que utiliza método qualitativo, o tamanho da amostra é tipicamente pequeno.

Assim o estudo incidiu numa base amostral que comportou entrevistados relevantes, que permitiram obter dados que responderam à questão central desta investigação.

Salientamos de igual forma os escassos estudos científicos nacionais e internacionais encontrados sobre este tema, sendo que na sua maioria eram também eles estudos exploratórios.

Outras das limitações a referenciar, diz respeito à abrangência geográfica do estudo, que incidiu na zona norte de Portugal, por motivos de disponibilidade temporal.

Em estudos futuros e com o aprofundamento do tema ou abordagens a temas complementares, poderão ser utilizadas outras técnicas de recolha de dados ou mesmo técnicas compostas de entrevistas em profundidade e inquéritos em simultâneo.

Contudo, e tal como abordamos no capítulo da metodologia de investigação e levando em consideração o objectivo deste estudo as entrevistas em profundidade foram identificadas como a metodologia científica mais adequada.

16. RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Tendo sido um abordado um tema actual e cujo desenvolvimento se encontra ainda em fase embrional, será de esperar que estudos futuros possam aprofundar no sentido de uma análise mais focalizada no ambiente político legal do sector empresarial do estado, e suas implicações num mundo competitivo dos negócios.

Tendo em consideração que o Sistema de Saúde no seu todo, deverá ser um dos mais regulamentados do Estado, sugere-se um estudo aprofundado, sobre o ambiente político legal que abrange especificamente o sistema de saúde, tendo como objectivo a análise das implicações que a regulamentação impõe, na gestão corrente dos prestadores de cuidados de saúde do sector público do estado.

Será também possível alargar este tipo de estudo aos profissionais da saúde que praticam os actos médicos, pois são sem qualquer dúvida um grupo de interesse para estudos neste âmbito e cuja influência e especificidade poderá alterar ou acrescentar dados valiosos para análises futuras.

17. BIBLIOGRAFIA

Aaker, D et al (2001), Pesquisa de Marketing, tradução 6ª Edição, Editora Atlas S.A., S.Paulo

Bardin, L. (1991), Análise de Conteúdo, Lisboa, Edições 70.

Benjamin, F. and William, L. (1999). Doing Qualitative Research. Sage Publications. Thousand Oaks. 2nd Edition

BENNETT, M., KING, B. and MILNER, L., 2004. The health resort sector in Australia: A positioning study. Journal of Vacation Marketing, 10(2), pp. 122-137.

Birn, Robin J and named authors (2000), The International Handbook of Market Research Techniques, Second Edition. Robin J Birn

Bryman, A. (1989), Research Methods and Organization Studies. Edição Unwin Hyman Ltd, reeditado (1992; 1995; 2000) por Routledge. London and New York

CARRERA, P.M. and BRIDGES, J.F.P., 2006. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 6(4), pp. 447-54.

Deb, P. K. (2011). Marketing medical and health tourism in india. Anvesha, 4(1), 76-81.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1034102719?accountid=34461>

Denzin, N.K. e Y. Lincoln Y.S. (2000), Introduction : The discipline and Practice of qualitative research. N.K. Denzin e Y Lincoln D (eds) Handbook of qualitative research (2nd ed.) Thousand Oaks, ca:sage

Flick, U (2004), Uma introdução à pesquisa qualitativa. Edições Bookman, S. Paulo , 2ª edição

Freire, N. A. (2012). The emergent medical tourism: Advantages and disadvantages of the medical treatments abroad. International Business Research, 5(2), 41-50.
Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1013822555?accountid=34461>

- Gil,A.(2008), Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, Sexta Edição, Atlas, S. Paulo
- Hussey,J. and Hussey, R. (1997), Business research, Macmillian Press Ltd. London
- KESAR, O. and RIMAC, K., 2011. Medical Tourism Development in Croatia. Zagreb International Review of Economics & Business, 14(2), pp. 107-134.
- Kotler, Philp, (2000), Administração de Marketing, 10ª Edição, Prentice Hall, S.Paulo
- Lopes, J.L. Pessoa (2010). Fundamental dos Estudos de Mercado – Teoria e Prática. Edições Sílabo, Lda. Lisboa 2ª edição
- Malhotra, Naresh K. (2004). Marketing Research an Aplied Orientation. Pearson Education, Inc, New Jersey, Fourth Edition
- Michael Hall, C. (2011). Health and medical tourism: A kill or cure for global public health? Tourism Review of Aiest - International Association of Scientific Experts in Tourism, 66(1), 4-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/16605371111127198>
- Peters, C. R., & Sauer, K. M. (2011). A survey of medical tourism service providers. Journal of Marketing Development and Competitiveness, 5(3), 117-126. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/876865774?accountid=34461>
- VEERASOONTORN, R. and BEISE-ZEE, R., 2010. International hospital outshopping: a staged model of push and pull factors. International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing, 4(3), pp. 247-264.
- Zikmund, William (1994), Exploring Marketing Research, Fifth Edition, The Dryden Press, Fort Worth TX

18. NETGRAFIA

http://dtx tq4w60xqp w.cloudfront.net/sites/all/files/docpdf/unwtohighlights12enlr_1.pdf - acesso 24 Novembro 2012

<http://www.turismodeportugal.pt/Portugu%C3%AAs/turismodeportugal/Documents/Plano%20Estrat%C3%A9gico%20Nacional%20Turismo.pdf> – acesso 13 Fevereiro 2013

<http://www.portaldasaude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=53329> – acesso – 20 Abril 2013

[http://www.academia.edu/1842013/Knowledge as a Mediating Factor towards Competency and Logistics Programme Relationship Perspective from Logistics Practitioners](http://www.academia.edu/1842013/Knowledge_as_a_Mediating_Factor_towards_Competency_and_Logistics_Programme_Relationship_Perspective_from_Logistics_Practitioners) - acesso 01 Maio 2013

<http://nccam.nih.gov/health/ayurveda/introduction.htm> - acesso 01 Maio 2013

<http://www.bportugal.pt/ptPT/Estatisticas/Dominios%20Estatisticos/EstatisticasCambiais/Paginas/Conversor.aspx#anchor-> acesso 02 Maio 2013

<http://www.infopedia.pt/pesquisa.jsp?qsFiltro=0&qsExpr=crore> acesso 02 Maio 2013

<http://ask.reference.com/web?q=What%20Is%20Lakh?&o=100100> acesso 02 Maio 2013

<http://en.wikipedia.org/wiki/Lakh> - acesso 02 Maio 2013